

Van klinisch verblijf naar vervangende zorg : een onderzoek naar ontslagbelemmerende factoren bij lang opgenomen patienten in psychiatrische ziekenhuizen

Citation for published version (APA):

Haveman, M. J. (1987). *Van klinisch verblijf naar vervangende zorg : een onderzoek naar ontslagbelemmerende factoren bij lang opgenomen patienten in psychiatrische ziekenhuizen*. [Maastricht University]. Rijksuniversiteit Limburg. <https://doi.org/10.26481/dis.19870702mh>

Document status and date:

Published: 01/01/1987

DOI:

[10.26481/dis.19870702mh](https://doi.org/10.26481/dis.19870702mh)

Document Version:

Publisher's PDF, also known as Version of record

Please check the document version of this publication:

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

www.umlib.nl/taverne-license

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

repository@maastrichtuniversity.nl

providing details and we will investigate your claim.

Download date: 06 May. 2023

Van klinisch verblijf naar vervangende zorg

Een onderzoek naar ontslagbelemmerende factoren
bij lang opgenomen patienten in psychiatrische ziekenhuizen.

M.J.Haveman

"Ja, wir wollen Aufwecker und Aerzte sein, doch so, dass
die Aufgeweckten nicht wieder einschlafen und die Geheilten
nicht an der Heilung zu Grunde gehen."

F. Nietzsche, Die fröhliche Wissenschaft

Promotores: Prof. dr. F. Sturmans
Prof. dr. F. Vorst

Referenten: Prof. dr. R. Giel
Prof. dr. H. Philipsen
Prof. dr. M.A.J. Romme

Van klinisch verblijf naar vervangende zorg

Een onderzoek naar ontslagbelemmerende factoren
bij lang opgenomen patienten in psychiatrische ziekenhuizen.

P R O E F S C H R I F T

Ter verkrijging van de graad van doctor in de sociale
wetenschappen aan de Rijksuniversiteit Limburg te
Maastricht, op gezag van de Rector Magnificus,
Prof. dr. F.I.M. Bonke, volgens het besluit van het College
van Dekanen in het openbaar te verdedigen op
donderdag 2 juli 1987 om 16.00 uur.

door

Meindert Jan Haveman
geboren te Muntendam (Gr.)

VOOR: HELEEN, MARLEEN, ELLIS
EN JAN-WOUTER

Voorwoord

Het voorwoord is het eerste stuk proza in een proefschrift en daarom bij uitstek geschikt om de eenzame positie van de promovendus op de kaft van een dissertatie direct te corrigeren. Het verschijnen van dit proefschrift was zonder de waardevolle bijdrage van een groot aantal personen niet mogelijk geweest. Zonder de pretentie van volledigheid te hebben zal ik proberen de bijdrage van iedereen zoveel mogelijk binnen het proces van onderzoek weer te geven, - van de formulering van de vraagstelling tot en met het typen van de dissertatie.

De voorgeschiedenis van een onderzoek is veelal lang, en begint met het constateren van een probleem en het stellen van eenvoudige vragen. Dit geldt ook voor dit onderzoek.

Ik kan mij nog m'n verbazing herinneren, toen ik in 1975 bij een stage-onderzoek naar de doelgroep van enkele psychiatrische tussenvoorzieningen ontdekte, dat in de Nederlandse psychiatrische ziekenhuizen veel patiënten daar zeer lang verbleven. Na afsluiting van de studie medische sociologie in 1976 kreeg ik bij de afdeling onderzoek van de Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid de gelegenheid, om meer informatie te vergaren over de kenmerken, de leefsituatie en de ontslagprognose van lang opgenomen patiënten. Het waren vooral Ans de Graaf, Wout Hardeman en Jan Van Borssum-Waalkes waar ik toen met inhoudelijke vragen terecht kon.

Het idee om een onderzoek uit te voeren naar de mogelijkheden van vervangende zorg voor lang opgenomen patiënten, maar tevens om een aantal factoren te bestuderen die het ontslag van patiënten belemmeren c.q. bevorderen, werd echter pas concreet na mijn overgang naar de vakgroep Epidemiologie en Gezondheidszorgonderzoek van de R.U.Limburg. Vooral de hoogleraren Fred Vorst en Ferd Sturmans van deze vakgroep hebben mij met raad en daad bijgestaan bij de voorbereiding en uitvoering van het onderzoek. Daarvoor ben ik hun zeer erkentelijk.

Het onderzoek werd mogelijk gemaakt door een subsidie van het Ministerie WVC, waardoor Nico Poelijoe, klinisch psycholoog, aan

het onderzoeksproject kon deelnemen. Zijn bijdrage in de verschillende fasen van het project was van essentieel belang voor het slagen van het onderzoek. En het verdient bijzondere vermelding, dat de in dit onderzoek gehanteerde patiëntenvragenlijst (VOL III) vooral door hem is ontworpen.

Bij de eerste toetsing van de vragenlijsten in het vooronderzoek hebben wij veel medewerking gekregen van de verpleegkundigen, hoofdbehandelaars en patiënten van het P.M.S.Vijverdal te Maastricht. Dat geldt tevens voor de directeur patiëntenzorg van deze instelling, Aart Jan Vrijlandt. Mijn dank gaat vooral ook uit naar Jan Luchtman en Detlef Petry voor de introductie van het vooronderzoek binnen de kliniek, en hun kritische evaluatie van de conceptvragenlijsten.

Zowel de Nederlandse Vereniging van Beschermende Woonvormen als de Sectie Psychiatrische Ziekenhuizen van de Nationale Ziekenhuisraad waren bereid om het onderzoek bij hun lidinstellingen te introduceren. De steun van deze koepelorganisaties was van groot belang voor de deelname van de voorzieningen aan dit onderzoek. De samenwerking met de deelnemende instellingen aan het landelijk onderzoek was prettig. Ik wil op deze plaats graag de betreffende directies, contactpersonen op medische administraties, en niet te vergeten de behandelaars, verpleegkundigen, patiënten en bewoners danken voor de moeite die zij gedaan hebben om dit onderzoek mogelijk te maken. Alle inspanningen van de medewerkers, zoals het invullen van de vragenlijsten, moesten naast de gebruikelijke werkzaamheden gedaan worden en waren voor het slagen van de uitvoering van dit onderzoek onontbeerlijk.

Maar ook de in tijdelijke dienst van dit onderzoek werkende groep van 10 B-verpleegkundigen heeft een belangrijk aandeel in de uitvoering van het onderzoek gehad. Alhoewel zij slechts in beperkte mate geïnformeerd waren over de mogelijke uitkomsten van dit onderzoek, om informatie-bias zoveel mogelijk te voorkomen, hebben zij zich goed van hun interviewtaak gekweten.

Ook hebben met veel kundigheid en geduld Marian Maaskant en Frans Tan meegeholpen bij de verwerking en statistische analyse van de gegevens.

De landelijke Begeleidingscommissie van dit onderzoek heeft het verloop van het onderzoek steeds kritisch en constructief gevolgd. De Begeleidingscommissie bestond uit de volgende leden: prof.dr.H.Van Andel, voorzitter, NZI en Instituut voor Algemene Gezondheidszorg; drs.O.Brook, afdeling Onderzoek van de GHIGV; drs.C.Kat, Hoofdafdeling geestelijke gezondheidszorg, Ministerie WVC; drs.R.Oosterhof, afdeling organisatie, psychiatrisch ziekenhuis Veldwijk; en prof.dr.F.Vorst, vakgroep Epidemiologie & Gezondheidszorgonderzoek van de R.U.Limburg.

Waardevollge suggesties naar aanleiding van een conceptversie van dit proefschrift heb ik gekregen van Paul Knipschild (hoogleraar Epidemiologie, R.U.Limburg).

U zou dit onderzoeksverslag niet kunnen lezen als het niet uitgetypt was. Gezien de omvang zal dit een niet altijd even stimulerend karwei geweest zijn. Mijn dank gaat dan ook uit naar Thum Aarts en Riny Bodifée, medewerkers op het secretariaat van de vakgroep Epidemiologie & Gezondheidszorgonderzoek.

Vanaf de geboorte hebben mijn ouders met wisselend succes geprobeerd het taalgebruik van hun zoon te verbeteren. En zij waren wederom bereid bij dit proefschrift een poging te wagen. Veel belangrijker dan deze bijdrage is echter hun vertrouwen en vriendschap.

<u>Inhoudsopgave</u>	<u>pagina</u>
- Voorwoord	1
<u>DEEL I - ALGEMENE INLEIDING</u>	9
1. Inleiding	9
2. De chronisch psychiatrische patiënt	10
3. De lang opgenomen patiënt (l.o.p.)	20
3.1. Lang opgenomen patiënten in psychiatrische ziekenhuizen	20
3.2. Lang opgenomen patiënten in psychiatrische dagziekenhuizen	24
3.3. Lang opgenomen patiënten in beschermende woonvormen	26
<u>DEEL II - VRAAGSTELLING EN OPZET VAN HET ONDERZOEK</u>	29
4. Vraagstelling	29
4.1. Lang opgenomen patiënten (definitie)	29
4.2. Psychiatrische ziekenhuizen	31
4.3. Ontslag naar vervangende zorg	31
4.4. Ontslagbelemmerende c.q. -bevorderende factoren	32
5. Onderzoeksplan	32
5.1. Normering van de afhankelijke variabele: mogelijkheid van vervangende zorg	35
5.1.1. Directe normering	35
5.1.2. Indirecte normering	38
5.2. Design	39
6. Afgeleide vraagstellingen	43
6.1. Patiëntfactoren	44
6.1.1. Vaardigheden	44
6.1.2. Psychiatrische diagnose	50
6.1.3. Geestelijke handicaps	51
6.1.4. Gevaar voor zichzelf of anderen	52
6.1.5. Demografische en juridische factoren	53
6.1.6. Attitude van patiënten ten aanzien van ontslag	55

	<u>pagina</u>
6.2. Afdelings- en instellingsfactoren	56
6.3. Gezins- en huisvestingsfactoren	60
<u>7. Operationalisering en vragenlijsten</u>	66
7.1. Vragenlijst Onderzoek Long-stay I (VOL I)	67
7.2. Vragenlijst Onderzoek Long-stay II (VOL II)	68
7.3. Vragenlijst Onderzoek Long-stay III (VOL III)	69
7.3.1. VOL III: versie psychiatrische dagziekenhuizen en beschermende woonvormen	70
<u>8. Ontwikkeling en toetsing van de indices van de VOL II</u>	71
8.1. Validiteitscontrole van indices	72
8.1.1. De Beoordelingsschaal voor Oudere Patiënten (BOP)	72
8.1.2. De intrinsieke validiteit van de VOL II-indices; gegevens van vijf psychiatrische ziekenhuizen	77
8.2. Betrouwbaarheidscontrole van indices	82
<u>9. Het patiëntinterview (VOL III)</u>	90
9.1. Index "Houding Ontslag" (H.O.) en "Houding Instelling/Afdeling" (H.I.)	92
9.2. Validiteit	94
<u>DEEL III - STEEKPROEFTREKKING</u>	99
<u>10. Steekproeftrekking</u>	99
10.1. Steekproeftrekking bij de algemene psychiatrische ziekenhuizen	99
10.1.1. Uitvoeringsprocedures	102
10.1.2. Respons	103
10.1.3. Representativiteit	105
10.2. Steekproeftrekking bij de psychiatrische dagziekenhuizen	111
10.2.1. Respons	112
10.2.2. Representativiteit	113

	<u>pagina</u>
10.3. Steekproeftrekking bij de beschermende woonvormen	113
10.3.1. Respons	114
10.3.2. Representativiteit	114
<u>DEEL IV - RESULTATEN</u>	117
<u>11. Oordeel van hulpverleners over mogelijkheden van vervangende zorg; resultaten voor de criteriumvariabele</u>	117
<u>12. Toetsing van hypothesen</u>	121
12.1. Vaardigheden (bivariate toetsing)	123
12.1.1. Basale zelfredzaamheid (BZR)	124
12.1.2. Potentieel sociale vaardigheden (PSV)	128
12.1.3. Interne sociale integratie (ISI)	131
12.1.4. Externe sociale integratie (ESI)	135
12.2. Vaardigheden (multivariate analyse)	139
12.3. Psychiatrische diagnose	148
12.4. Gevaar voor zichzelf en anderen	152
12.5. Leeftijd en de hypothesen 1 t/m 8	156
12.6. Leeftijd en de ontslagattitude van de patiënt	168
12.7. Juridische situatie	169
12.8. Verblijfsduur	171
12.9. Houding t.a.v. afdeling/instelling en ontslag	186
12.10. Behandelingsbeleid en de ontslagattitude van de patiënt	189
12.11. Doorstroming op de afdeling	194
12.12. Volledigheid thuismilieu	202
12.13. De invloed van enkele variabelen tezamen op het oordeel over vervangende zorg; een multivariaat model	213

	<u>pagina</u>
<u>DEEL V - CONCLUSIES, SAMENVATTING EN BESCHOUWINGEN</u>	219
13.1. Vaardigheden	220
13.2. Structuur en houding van het thuismilieu	225
13.3. Psychiatrische diagnose	226
13.4. Suïcidaal, agressief gedrag en onvrijwillig verblijf	227
13.5. Leeftijd	228
13.6. Houding van patiënten t.a.v. ontslag en de afdeling	230
- <u>Noten</u>	237
- <u>Literatuur</u>	239
- <u>Bijlagen:</u>	251
1. Vragenlijst Onderzoek Long-Stay I (VOL I)	252
2. Vragenlijst Onderzoek Long-Stay II (VOL II)	264
3. Vragenlijst Onderzoek Long-Stay III (VOL III)	280
4. Resultaten van de factoranalyse over de BOP-items; vooronderzoek	291
5. Respons van beschermende woonvormen en psychiatrische dagziekenhuizen	294
6. Correlatiematrix voor de variabelen van de multiple logistische regressie	296
7. Gebruikte afkortingen	298
- <u>Summary</u>	300
- <u>Curriculum Vitae</u>	308

DEEL I - ALGEMENE INLEIDING

1. Inleiding

Nederland telt een 40-tal algemene psychiatrische ziekenhuizen (a.p.z.-en) waarin personen met ernstige en veelal langdurige psychische problemen worden opgenomen. In deze voorzieningen worden per jaar 17 opnemingen gerealiseerd per 10.000 Nederlanders. Op het tijdstip van opname verkeren deze patiënten in een stadium van hevige angst, ontreddering, waan, verwaarlozing of tegen zichzelf of anderen gekeerde agressie waartegen familieleden, huisarts en de professionele extra- en semi-murale hulpverleners in de geestelijke gezondheidszorg machteloos staan. In een dergelijke situatie bestaat behoefte aan tijdelijke beschutting en deskundige hulpverlening, - niet alleen om betrokkene zelf tot rust en herstel te laten komen maar tevens om gericht te kunnen werken aan eventuele spanningen binnen het natuurlijke relatie-systeem (gezin, familie, vriend/vriendin). Deze laatste functie is van belang, zowel om optimale kansen te scheppen voor de terugkeer van betrokkene, als ook om nieuwe escalatie van problemen binnen dit systeem tegen te gaan. In principe zou dan ook reeds bij het begin van de opname met de psychiatrische nazorg begonnen dienen te worden.

Voor een aantal patiënten resulteert een psychiatrische opname echter in een min of meer definitief verblijf, waarmee een zeker eindpunt voor "chronisch psychiatrische patiënten" bereikt lijkt te zijn. Zo bleek uit een studie van Giel e.a. (1978) dat van de in 1970 opgenomen patiënten 7% na 4-4,5 jaar nog steeds zonder onderbreking in het psychiatrisch ziekenhuis verbleef. Haveman (1980c) kwam voor het landelijk opnamecohort van 1973 tot 5,7% continue verblijfpatiënten na een follow-up-periode van 3-4 jaar. Helaas ontbreken meer recente cijfers.

In het onderhavige onderzoek is nagegaan voor hoeveel patiënten, ondanks hun langdurig klinisch verblijf, nog mogelijkheden voor andere, vervangende zorg bestaan; en welke factoren van belang

zijn voor hulpverleners om lang opgenomen patiënten wel of niet daarvoor in aanmerking te laten komen.

Hiermee zijn tevens twee begrippen geïntroduceerd, namelijk de "chronisch psychiatrische patiënt" en de "lang opgenomen patiënt", die in het vervolg kort zullen worden toegelicht.

2. De chronisch psychiatrische patiënt

Over de betekenis van het begrip "chronisch psychiatrische patiënt" bestaat in de geestelijke gezondheidszorg weinig overeenstemming. Het is een term in het verbale pakket van de hulpverlener die veelal zeer voorzichtig wordt gehanteerd gezien de impliciete prognose, weinig specifieke informatie en de negatieve behandelingsimplicaties.

"Chronisch" wordt in het Pinkhof Geneeskundig Woordenboek (1984) omschreven als: "sluipend, zich langzaam ontwikkelend (al of niet na een acuut begin) en gewoonlijk van lange duur". In de Webster (1984) wordt daarbij aangevuld dat ook aandoeningen die gekenmerkt worden "by frequent occurrence over a long time, and often by slowly progressing seriousness ..." onder deze noemer vallen. Ondanks de semantische en pragmatische problemen bij het hanteren van het begrip "chronisch" wordt deze term regelmatig in de geestelijke gezondheidszorg gebruikt, om in weinig woorden al generaliserend een groep langdurig zorgafhankelijke personen met psychische stoornissen te benoemen. Het is daarom de moeite waard om na te gaan vanuit welke concepten en invalshoeken het fenomeen "chroniciteit" in de psychiatrie wordt benaderd.

Een voorbeeld

In verband met een onderzoek naar de potentiële doelgroep van beschermende woonvormen werd aan vier geneesheer-directeuren van psychiatrische ziekenhuizen de vraag gesteld hoe zij het begrip "chronisch psychiatrische patiënt" zouden definiëren, waarbij de vier antwoorden als volgt konden worden samengevat:

- "1 - iemand die met een defect is genezen;
- 2 - personen op wie alle mogelijkheden van rehabilitatie zijn vastgelopen, maar zekerheid hierover bestaat nooit;
- 3 - chronische patiënten zijn aanwijzingen van het onvermogen van behandeling; en
- 4 - patiënten die lang en frequent zijn opgenomen".

(Haveman, 1975)

Bij deze kleine steekproef uit het universum van mogelijke antwoorden blijkt reeds een veelheid van invalshoeken te bestaan. Zoals bij het chroniciteitsbegrip in de somatische gezondheidszorg, waar zowel arthritis als hudeczeem tot de chronische ziekten worden gerekend, bestaat bij hulpverleners in de geestelijke gezondheidszorg geen overeenstemming over chronische ziekten gelet op criteria als diagnose, etiologie, handicaps, beloop en duur van de aandoening. Afhankelijk van voorkeur en invalshoek staat soms het ene aspect centraal in de definitie, soms het andere.

Kenmerkend voor het chroniciteitsbegrip in de geneeskunde is verder dat het gaat om aandoeningen waarbij de kans om op korte termijn spontaan en volledig te herstellen gering is en waarvoor de behandelingsmethodieken slechts ten dele effectief zijn gebleven. Zo menen Pepper e.a. (1981) dat "... the term "chronicity" may reflect merely the undeveloped state of our own art". In de hierboven gegeven tweede en derde definitie komt dit aspect aan de orde.

Deze invalshoek, de beperkte doeltreffendheid van psychiatrische interventie, wordt ook genoemd in een standpuntbepaling van de Canadian Psychiatric Association (Watt & El-Guebaly, 1981) ten aanzien van chronisch psychiatrische patiënten. Het commentaar wordt toegespitst op bepaalde groepen patiënten.

"Some psychiatric entities, such as various forms of dementia, are unresponsive to known methods of therapy. We have all known, however, patients whose prognosis was considered to be hopeless but who improved and did not join the ranks of the chronic. Sometimes patients fail to get well because they are not treated

optimally and that in turn may relate to inadequate evaluation. Schizophrenia and, less frequently, manic depressive illness contribute heavily to the diagnostic categories found in chronic mental patients. Other significant special groups include the elderly, institutionalized mentally ill, the mentally retarded, emotionally disturbed children and alcoholics, and drug addicts with or without organic brain damage".

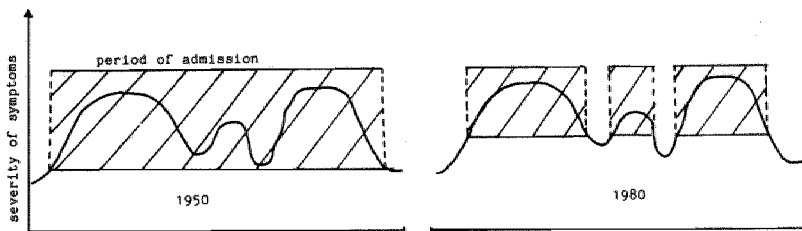
In dit verband zijn er psychiaters die zich - zelfpijnigend - "specialisten in chronische ziekte" noemen. Zo schreef Emanuel (1982): "De psychiatrie bestaat bijna geheel uit de behandeling van chronische of periodiek terugkerende ziekten. In de behandeling van neurosen heeft dit geleid tot een veelheid van theorie en behandelingssystemen die noch hun geldigheid noch hun doeltreffendheid hebben bewezen ... De zwaardere psychiatrische stoornissen, die de patiënten naar het psychiatrische ziekenhuis leiden, zijn vaak beklagenswaardig chronisch van aard. Herstel van een acute episode van schizofrenie resulteert voor de patiënt vaak in een verarmd leven, ver beneden zijn eerdere mogelijkheden. Wel is het herstel van een depressie of een manische episode doorgaans volledig. Organisch psychiatrische stoornissen zijn min of meer onbeïnvloedbaar". En hij eindigt met de stelling: "Wij psychiaters zijn in werkelijkheid specialisten in chronische ziekten".

Hoe weinig genuanceerd deze uitspraken ook mogen zijn, we kunnen er in ieder geval uit afleiden dat het weinig zin heeft om "chronisch psychiatrische patiënten" alleen te willen onderscheiden op basis van aard en duur van de psychiatrische problematiek en daarmee samenhangend, de doeltreffendheid van de behandeling. In de vierde definitie wordt een betrekkelijk nieuw criterium geïntroduceerd. Niet de aard en duur van de "ziekte", maar de plaats en duur van de behandeling, namelijk langdurige behandeling in een psychiatrisch ziekenhuis, staat in de definitie centraal. Dat betekent dat twee conceptueel verschillende zaken in één begrip worden samengebracht, namelijk beloop en aard van een psychische stoornis en het opname- en ontslagbeleid van een instelling. Met name in overheidsbeleid en onderzoek wordt

"chroniciteit van een psychische stoornis" vaak zonder verdere argumentatie geoperationaliseerd door "chronische hospitalisatie" (Kris e.a., 1971), dus door het te koppelen aan opnameduur en -frequentie. In een rapport van de Ad Hoc Committee on the Chronic Mental Patient (1978) in de VS wordt bijvoorbeeld Bachrach's definitie van de chronisch psychiatrische patiënt gehanteerd: "those individuals who are, have been or might have been, but for the deinstitutionalization movement, on the rolls of long-term mental institutions, especially state hospitals". De problemen van een dergelijke definitie, niet alleen voor onderzoek maar ook voor het overheidsbeleid, liggen voor de hand. Vooral in landen en in een periode, waarin de nadruk wordt gelegd op opvang en begeleiding van langdurig zorgafhankelijke personen, indien mogelijk, door ambulante en semimurale voorzieningen, is opnameduur geen zinvolle indicator voor chroniciteit. Redlich en Kellert (1978) wijzen in dit verband op de verschuivingen in het opnamepatroon in de VS van langdurige opnemingen in de 50-er jaren naar frequente opnemingen van patiënten in de 70-er jaren. Ook in Nederland wordt een dergelijke trend onderkend (Brook, 1984).

Alhoewel er weinig aanwijzingen zijn dat de zorgbehoefte van psychiatrische patiënten in de tijd veel is veranderd, bestaat in het huidige opname- en ontslagbeleid wel de tendens om patiënten in perioden van betrekkelijke rust en in fasen met weinig symptomen buiten de kliniek te laten verblijven (schema 1).

Schema 1: Hospitalisatie van een psychotische patiënt in de jaren '50 en '80.



(Haveman, 1986).

Daar de opnameduur een betrekkelijk eenvoudig en objectief te meten variabele is, wordt in onderzoek "de chronische patiënt" vaak geoperationaliseerd door intramurale verblijfsduur. De begrippen "chronisch psychiatrische patiënt" en "lang opgenomen patiënt" worden daarbij als wederzijds uitwisselbaar beschouwd. De chronische patiënt is of was lang opgenomen, en de langdurig opgenomene is een chronische patiënt.

Bij het afbakenen van "chronische" populaties qua verblijfsduur komt men reeds bij een kleine selectie in de desbetreffende literatuur aanzienlijke verschillen tegen. Sommigen kiezen voor een periode van een half jaar of langer als afkappunt (Visiecommissie St. Bavo, 1973; Hirsch e.a., 1973), anderen voor een periode van één jaar (Achte & Steinbäck, 1966), twee jaar (Brown, 1960; Brown e.a., 1958; Giel e.a., 1978) of zelfs vijf jaar of langer (Pokorny e.a., 1976).

Alhoewel de indicator "verblijfsduur" voor chroniciteit de charme heeft van een betrekkelijk eenvoudig te operationaliseren variabele, worden met deze operationalisering twee nieuwe meetproblemen geïntroduceerd. Zo ontstaat een validiteitsprobleem (met de verblijfsduur wordt ook het opname- en ontslagbeleid van instellingen gemeten), maar tevens is de maat (= verblijfsduur) voor chroniciteit kwetsbaar en gevoelig voor administratieve veranderingen. Met het laatste wordt bedoeld dat door administratieve handelingen binnen de organisatie, onbedoeld de schijn kan worden gewekt van ontslag, terwijl de opnamesituatie van de patiënt zelf nauwelijks gewijzigd is. Veranderende regelingen voor de financiering van de zorg bijvoorbeeld in verband met vacaties, kortdurende behandeling in een ziekenhuis, interne overplaatsingen, aparte erkenningen van afdelingen als verpleeghuis of zwakzinnigeninrichting en korte plaatsingen voor dagbehandelingen op de afdeling, kunnen via de registratie de indruk geven van beëindiging van "chronische hospitalisatie". In de statistieken kan hierdoor de suggestie van dalende "chroniciteit" worden gewekt. Weinstein e.a. (1973) merken hierbij op "... that the reduction in "chronicity" could be a statistical illusion, based on brief and artificial interruptions of essentially continuous periods of illness".

De invalshoek "verblijfsduur" in het chroniciteitsbegrip kent dus de volgende beperkingen:

- (1) er ontbreekt een nadere omschrijving van "chronische" patiënten naar kenmerken;
- (2) patiënten die buiten de muren van de instelling verblijven worden ook systematisch buiten de definitie gelaten, al verschillen zij verder niet van hun intramurale lotgenoten;
- (3) ook vallen patiënten met korte opnameduren maar met langdurige en hardnekkige problematiek buiten de doelgroepomschrijving; terwijl
- (4) zonder verdere specificatie bijvoorbeeld de volgende patiënten in psychiatrische ziekenhuizen wel onder de definitie zouden vallen zoals:
 - diep geestelijk gehandicapten,
 - demente bejaarden,
 - alcohol- en drugsverslaafden die onder de zelfbescherming van een rechterlijke machtiging van hun verslaving af willen,
 - neurotische personen die gemotiveerd maar langdurig aan gedragstherapieën en therapeutische gemeenschappen deelnemen,
 - (bijna volledig) herstelde ouderen zonder huisvesting bij eventueel ontslag.

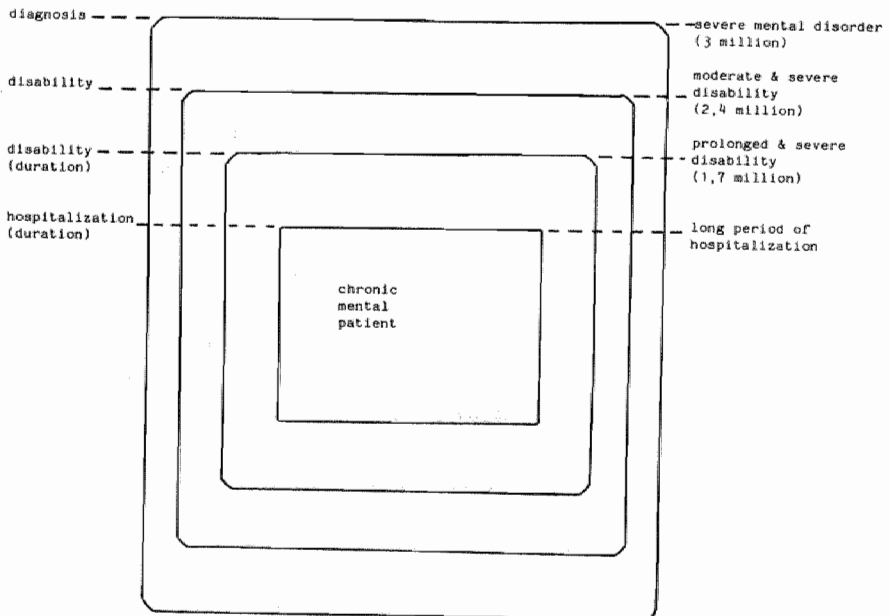
Alhoewel de toelichting op de verschillende aspecten van het begrip "chroniciteit" heeft bijgedragen tot meer informatie, bleef het een groot probleem om de ernstig gestoorde en langdurig zorgafhankelijke psychiatrische patiënt nauwkeurig en voor iedereen herkenbaar te onderscheiden binnen het totaal van personen met psychische stoornissen. Vanaf het midden van de zeventiger jaren zijn dan ook verschillende initiatieven ontstaan om "chroniciteit" op meerdere assen, op persoonsniveau, en - soms ook - onafhankelijk van opnameduur te definiëren. Centraal daarbij staan de aard, ernst en duur van de psychische stoornis, maar ook de handicaps en sociale beperkingen in verband met zelfverzorging, relatievorming en verwacht rolgedrag: thuis, in beroep, vrije tijd e.d. (Goldman e.a., 1981; Minkoff, 1978; Giel e.a., 1980; Wiersma e.a., 1983; De Jong, 1984).

Minkoff (1978) onderscheidt drie assen, namelijk diagnose, beperkingen in gedrag en opnameduur:

- "- persons who are severely mentally ill (defined by diagnosis),
- those who are mentally disabled (defined by level of disability), and
- those who are chronic mental patients (defined by duration of hospitalization)".

In iets gewijzigde vorm werd dit onderscheid ook gehanteerd in het advies aan de Minister voor Volksgezondheid in de VS over het te voeren beleid ten aanzien van chronisch psychiatrische patiënten (zie schema 2).

Schema 2: Aspecten van chroniciteit.

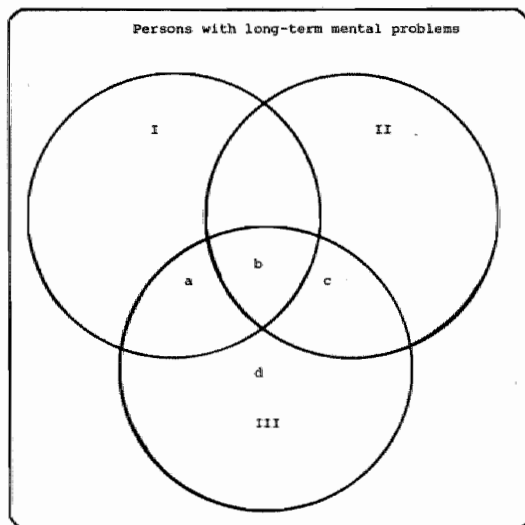


In: National plan for the Chronically Mentally Ill, final draft report to the secretary of health and human services, Washington D.C., Augustus 1980

In dit schema wordt het begrip "chronisch psychiatrische patiënt" alleen gereserveerd voor personen met langdurige en ernstige psychiatrische stoornissen en aanzienlijke beperkingen in vaardigheden en langdurige opname. Volgt men deze indeling, dan kunnen "chronisch psychiatrische patiënten" worden omschreven als: "... persons who suffer severe and persistent mental or emotional disorders that interfere with their functional capacities in relation to such primary aspects of daily life as self-care, interpersonal relationships, and work or schooling, and that often necessitate prolonged hospital care" (Goldman e.a., 1981).

Alhoewel er zeker een bepaalde afhankelijkheid zal zijn tussen diagnose, beperkingen in gedrag en opnameduur, verdient het o.i. de voorkeur deze aspecten onafhankelijk van elkaar in de vorm van een Venn-diagram te onderscheiden (schema 3).

Schema 3: Langdurige problemen bij psychische stoornissen (Venn-diagram).



- I. Severe mental disorder of long duration
- II. Moderate or severe disability of long duration
- III. Long-stay in mental hospital
 - a-long-stay patients with severe mental disorder
 - b-long-stay patients with severe mental disorder and moderate or severe disability
 - c-long-stay patients with moderate or severe disability
 - d-long-stay patients without severe mental disorder and without moderate or severe disability.

Ook dit schema roept weer de nodige vragen op. Als we naar de linker cirkel (I) kijken:

- welke psychiatrisch-diagnostische hoofdgroepen worden daartoe gerekend,
- met behulp van welke diagnosesystemen worden deze hoofdgroepen vervolgens bepaald,
- hoe wordt de ernst van een psychiatrische stoornis gedefinieerd en gemeten, en wie bepaalt de ernst: de psychiater of de patiënt,
- wat is langdurig, - een half jaar, twee jaar of vijf jaar; en wat zijn de problemen bij het bepalen van het startpunt van de psychische problematiek (Slooff, 1983),
- moet het beloop continu zijn, of mag het ook episodisch zijn met "up's" en "down's"?

Dergelijke kanttekeningen zijn ook bij de rechter cirkel (II) te plaatsen:

- welke beperkingen in menselijk functioneren vallen onder dit begrip (lichamelijke handicaps, zelfredzaamheid vertaald in ADL-functies, psychische functiestoornissen, sociale vaardigheden, of vervullen van sociale rollen),
- via welke instrumenten wordt dit gemeten,
- wat zijn ernstige beperkingen, en welke zijn minder ernstig,
- hoe lang moeten de beperkingen bestaan om als langdurig genoemd te worden?

In het onderhavige onderzoek is niet de "chronisch psychiatrische patiënt" onderwerp van studie, de intersectie van cirkels I en II in schema 3, maar de "lang opgenomen patiënt" (l.o.p.), dus de personen in cirkel III. Het gaat om personen met langdurige psychische problemen waarvan niet noodzakelijk vaststaat dat iedereen een ernstige psychiatrische stoornis heeft en gekenmerkt wordt door zeer ingrijpende gedragsbeperkingen als gevolg van handicaps.

In een eerste aanzet zou men deze groep als volgt kunnen onderscheiden (zie Venn-diagram):

- a - lang opgenomen patiënten met een ernstige psychiatrische stoornis;
- b - lang opgenomen patiënten met een ernstige psychiatrische stoornis en met matige tot ernstige handicaps;
- c - lang opgenomen patiënten met matige tot ernstige handicaps maar zonder een ernstige psychiatrische stoornis, en
- d - lang opgenomen patiënten zonder een ernstige psychiatrische stoornis en zonder handicaps.

In het onderzoek zelf is geen poging ondernomen om een caesuur aan te brengen tussen ernstige en minder ernstige psychiatrische stoornissen. Hiervoor zijn verschillende redenen aan te geven:

- voor het meten en de interpretatie van de aard en de ernst van psychiatrische symptomen waren de onderzoekers onvoldoende geoefend en opgeleid;
- ook de patiënten waarbij in het begin van de opname in verband met de diagnose een redelijke prognose voor herstel bestond (bv. depressie), verbleven op het tijdstip van onderzoek reeds meerdere jaren in de instelling. Met andere woorden: de betrekkelijk goede prognose die in verband met de diagnose op groepsniveau bestond bij eerste opname, was voor deze selecte groep van lang opgenomen patiënten veelal niet of in beperkte mate van toepassing;
- bij meer "harde" criteria voor de ernst van ziekte zoals de duur en sterftekansen verschillen de patiënten maar weinig;
- het is moeilijk of zelfs onmogelijk om vanuit de beleving van de problemen door de patiënt zelf aan te tonen dat een langdurige depressie of fobie minder ernstig is dan schizofrenie; en tenslotte:
- het definiëren van de ernst van psychiatrische ziekte door handicaps en beperkte vaardigheden biedt voor de groep van veelal oudere, lang opgenomen patiënten weinig perspectief, daar de beperkingen ook onafhankelijk van de psychiatrische ziekte (bv. door ouderdom, lichamelijke handicaps) kunnen voorkomen of geïntroduceerd zijn door de gezondheidszorginterventie (bv. medicatie, weinig gelegenheid tot het oefenen van vaardigheden).

Het meten van de diagnose bleef in dit onderzoek daarom beperkt tot enkele diagnostische hoofdgroepen. Wel werd meer aandacht besteed aan het onderscheiden van patiënten naar de aard en mate van hun vaardigheden.

Verderop (hfdst. 6.1.) is aangegeven hoe de psychiatrische diagnose en de gedragsbeperkingen en vaardigheden in het onderzoek werden gemeten. In hoofdstuk 12.1. wordt vervolgens een poging ondernomen om de bewoners (l.o.p.) van psychiatrische ziekenhuizen, centra voor psychiatrische dagbehandeling en beschermende woonvormen te beschrijven en te vergelijken aan de hand van de verschillende soorten vaardigheden.

Bij de verdere uitwerking van het chroniciteitsbegrip is aansluiting gezocht bij het "gebrekkigen-model" zoals het door Giel (1982) exemplarisch wordt geschetst voor lang opgenomen psychiatrische patiënten. Volgens Giel telt binnen het gebrekkigen-model de specifieke diagnose minder (en tevens de duur en de etiologie van het medisch gedefinieerde probleem). Meestal wordt volstaan met de benoeming van beperkte vaardigheden. Lang opgenomen patiënten "... zijn doorgaans mensen die moeten leven met een gebrek, in dit geval een geestelijk gebrek. Ze vervullen niet langer de ziekenrol. Dat wil niet zeggen dat er niets meer voor hen gedaan kan worden. Het is op z'n minst mogelijk om lijden te verzachten of de verergering van een gebrek te voorkomen. Iemand kan bovendien geleerd worden toch weer bepaalde sociale rollen op zich te nemen" (Giel, p. 72).

Bij de toepassing van dit model in het onderzoek ging onze interesse ook uit naar vaardigheden die in potentie nog aanwezig zijn, de validiteit en vitaliteit van bepaalde lichamelijke en sociale functies.

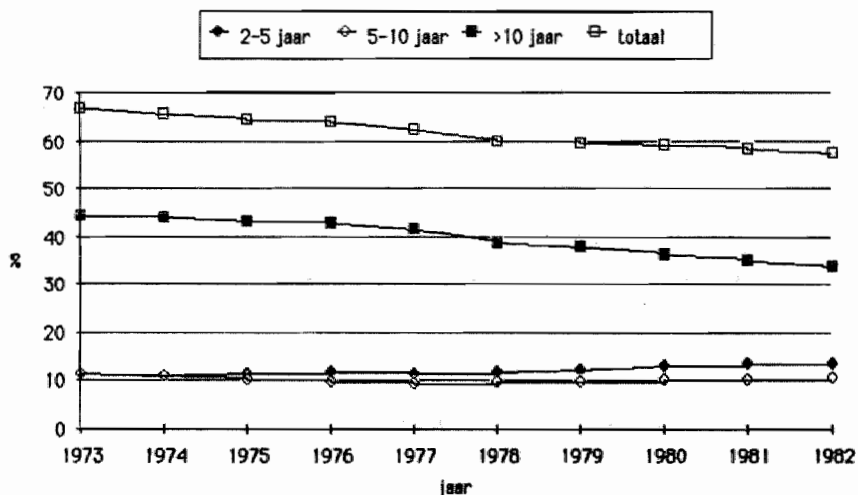
3. De lang opgenomen patiënt (l.o.p.)

3.1. Lang opgenomen patiënten in psychiatrische ziekenhuizen

In de psychiatrische ziekenhuizen is door jaarlijkse accumulatie een aanzienlijk bestand van lang opgenomen patiënten (l.o.p.) ontstaan. Van de in 1973 in Nederlandse psychiatrische ziekenhui-

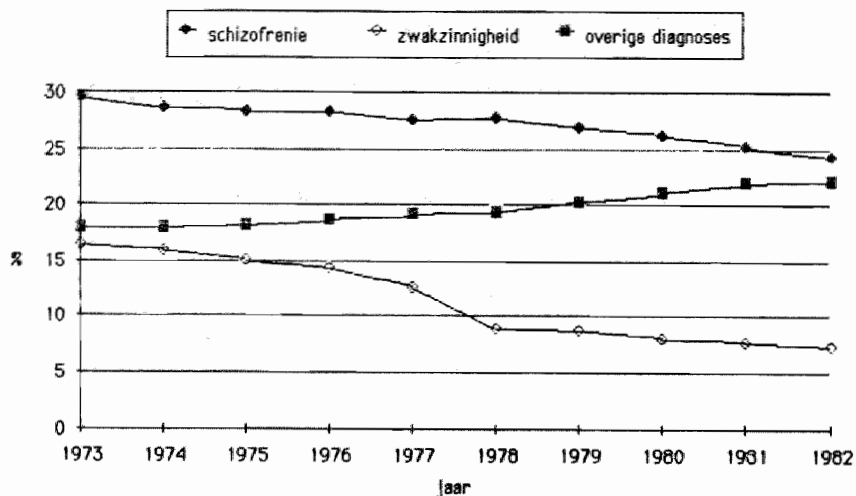
zen opgenomen patiënten verbleef 67% daar langer dan twee jaar. Het aantal l.o.p. is in de afgelopen 10 jaar afgenomen. Eind 1982 was 57%, nog steeds meer dan 10.000 patiënten, langer dan twee jaar continu opgenomen, waarvan 3500 patiënten zelfs langer dan 10 jaar. De daling van het aandeel l.o.p. in een periode van 10 jaar vond vooral plaats bij patiënten die reeds zeer lang, namelijk 10 jaar of langer, in een psychiatrisch ziekenhuis verbleven (schema 4).

Schema 4: Het aandeel lang opgenomen patiënten in algemene psychiatrische ziekenhuizen op 31 december 1973 t/m 1982; naar verblijfsduur.



De omvang van de verblijfsduurgroep van 2 tot 5 jaar nam in aantal minder snel af. In de meer recente jaren hebben zij daardoor een steeds belangrijkere plaats gekregen binnen het totale bestand van langverblijvende patiënten. De capaciteit die vrijkwam door uitstroom van zeer lang opgenomen patiënten door sterfte of overplaatsing, werd voor een deel weer bezet door "nieuwe langblijvers".

Schema 5: Het aandeel lang opgenomen patiënten in algemene psychiatrie ziekenhuizen op 31 december 1973 t/m 1982; naar psychiatrische diagnose.



Schizofrenie was, en is nog steeds, de meest voorkomende psychiatrische diagnose. Op bijna de helft van de langverblijvende mannen en meer dan éénderde van de vrouwen was in 1982 deze diagnose van toepassing. De diagnose "zwakzinnigheid" kwam in dat jaar veel minder voor (7%) dan 10 jaar eerder (16%). Met name de grotere mortaliteit, maar tevens de overplaatsing van deze patiënten naar apart erkende afdelingen, zwakzinnigeninrichtingen en gezinsvervangende tehuizen hadden een wezenlijk effect op de verblijfsduurcijfers van psychiatrische ziekenhuizen (Haveman, 1984).

De daling van het aantal l.o.p. in psychiatrische ziekenhuizen kan dus voor een groot deel worden toegeschreven aan de vermindering van het aantal zwakzinnigen; - bij de vrouwen tevens door een vermindering van het aantal schizofrene patiënten (Haveman, 1981).

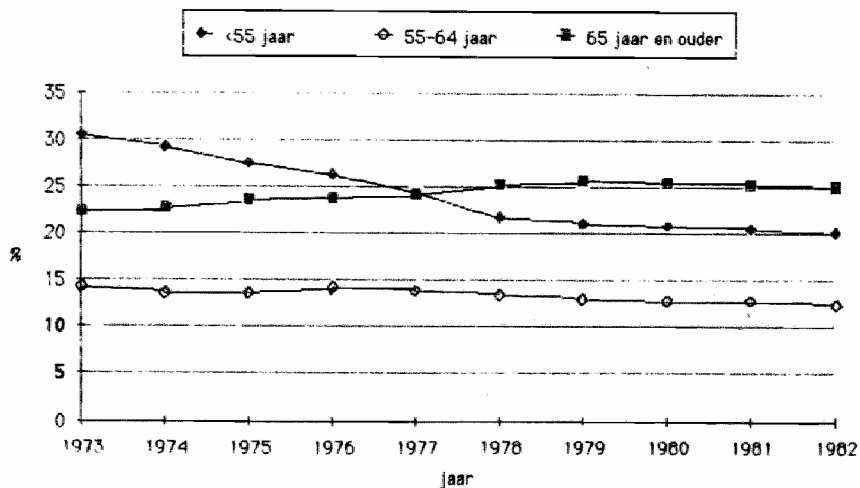
De bijdrage van andere diagnostische groepen aan het bestand van l.o.p. nam zowel bij de mannen als de vrouwen vanaf 1978 weer toe. Door de toename van deze diagnostische groepen binnen het

totale bestand van l.o.p. werd vanaf 1978 het effect van de afname van het aantal zwakzinnigen en schizofrene patiënten voor een deel gecompenseerd.

Het is moeilijk om aan de hand van deze gegevens van de patiëntenregistratie van de Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid (GHIGV) te beoordelen in hoeverre deze veranderingen qua diagnostiek verklaard kunnen worden door:

- (a) werkelijke veranderingen in de samenstelling van het long-stay bestand, bijv. minder zwakzinnigen
- (b) veranderingen in het stellen van een diagnose, bijv. voorzichtiger hanteren van de diagnose "schizofrenie" (niet affectieve psychose) en het vermelden van "zwakzinnigheid" als nevendiagnose i.p.v. hoofddiagnose, en
- (c) een in 1978 gewijzigd registratiesysteem, aan de hand waarvan de diagnoses van de bestandspatiënten werden geactualiseerd.

Schema 6: Het aandeel lang opgenomen patiënten in algemene psychiatrische ziekenhuizen op 31 december 1973 t/m 1982; naar leeftijd.



Opvallend waren ook de veranderingen die zijn opgetreden in de leeftijdsverdeling. Doordat het aandeel patiënten van jonger dan 55 jaar fors terugliep (mede veroorzaakt door sterfte en overplaatsing van diep zwakzinnigen), bepalen vandaag de bejaarde patiënten het beeld in de long-stay sector. Dit geldt zowel voor de mannen waar het aandeel bejaarden binnen het totaal van lang opgenomen patiënten toenam van 27% in 1973 tot 34% in 1982, maar meer nog voor de vrouwen. Zo is in een periode van 10 jaar het aandeel bejaarde vrouwen in het long-stay bestand gestegen van 39% in 1973 tot 52% in 1982.

3.2. Lang opgenomen patiënten in psychiatrische dagziekenhuizen

Het begrip "psychiatrisch dagziekenhuis" is enigszins verwarrend. Meer dan de helft van de "dagziekenhuis"-patiënten van ons onderzoek werden niet begeleid en behandeld in een ruimtelijk gescheiden gebouw op of buiten het instellingsterrein van een psychiatrisch ziekenhuis, maar volgden overdag therapie- en activiteitenprogramma's samen met patiënten die het gehele etmaal in het psychiatrisch ziekenhuis verbleven. Het gaat daarbij om een combinatie van (activiteiten-) therapieën gericht op gedragsverandering, resocialisatie en reactivering gedurende tenminste vier en maximaal acht uur per dag. Deze situatie wordt beter getypeerd door de verstrekkingenterm "dagbehandeling c.q. deeltijdbehandeling" dan door het erkenningensbegrip "psychiatrisch dagziekenhuis".

De functie "deeltijdbehandeling overdag" wordt voor vroeger lang opgenomen patiënten vervuld door ongeveer één derde van de algemene psychiatrische ziekenhuizen. Er werden gedurende het onderzoek geen aanwijzingen gevonden dat de dagziekenhuizen van psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen, van universiteitsklinieken en de zelfstandig functionerende dagziekenhuizen, een wezenlijke bijdrage leveren aan de begeleiding van lang opgenomen patiënten.

Voor psychiatrische dagbehandeling komen, volgens het Verstrekingenbesluit Ziekenfondswet (1973), patiënten in aanmerking die voor deze behandeling redelijkerwijs zijn aangewezen en die in staat zijn, althans een deel van het etmaal, zelfstandig in de maatschappij te verblijven en voor wie het verkrijgen van volledige zelfstandigheid is te verwachten ⁽¹⁾. Vooral de laatste passage, de prognose van volledige zelfstandigheid, heeft bij het begin van het onderzoek geleid tot de aanname dat psychiatrische dagbehandeling slechts tijdelijk is en beperkt blijft tot een groep patiënten met goede sociale vaardigheden en eigen huisvesting (zelfstandig, gastgezin, pension en dergelijke).

Later bleek dat het "tijdelijke" karakter van psychiatrische dagbehandeling een zeer rekbaar begrip is voor patiënten die langdurig klinisch opgenomen waren geweest (Haveman, Poelijoe, Tan, 1986). Zo stond bijna de helft (49%) van de doelgroeppatiënten langer dan één jaar voor psychiatrische dagbehandeling ingeschreven, waarvan 19% zelfs langer dan vijf jaar. Ook de prognose van de psychiater over ontslag uit dagbehandeling wees niet op een snel verloop in de nabije toekomst. Van 13% van de patiënten werd verwacht dat zij in een periode van zes maanden ontslagen zouden worden en 33% eventueel, terwijl 50% volgens de prognose langer dan zes maanden onder behandeling zou blijven. Voor een groot aantal van deze patiënten lijkt dus de dagbehandeling het meest haalbare te zijn, bij behoud van zelfstandige huisvesting. Deze situatie is beter te omschrijven met het begrip "dagzorg" dan met de term "dagbehandeling". Het begrip "zorg" sluit voor deze groep van patiënten beter aan bij de intenties, de activiteiten en de periode van de begeleiding.

(1) Voor de voetnoten wordt verwezen naar pagina 237.

3.3. Lang opgenomen patiënten in beschermende woonvormen

Het meest opvallende aan de sector van de beschermende woonvormen is de variatiebreedte. Er zijn grote beschermende woonvormen met meer dan 100 bewoners, maar ook kleine met vier bewoners. Sommige instellingen hebben vooral oudere, andere wederom vooral jonge bewoners. Enkele instellingen hebben een grote doorstroming, de meeste instellingen zijn echter vooral residentiële voorzieningen voor onbeperkte duur. Zij bieden soms zelf op gedragsverandering gerichte programma's aan, maar geven vooral ondersteunende hulp en stimuleren het gebruik van WSW-instellingen. Zij zijn soms goed geïntegreerd in de sociaal-psychiatrische hulpverlening, maar er zijn ook instellingen die nauwelijks contacten hebben met Riagg's.

In het eindrapport van de Interdepartementale Werkgroep Beschermende Woonvormen (1981) werd een poging ondernomen om binnen deze diversiteit van instellingen twee typen woonvormen te onderscheiden, namelijk het hostel en het pensioentehuis. Zij zouden onderling verschillen in de mate van geboden begeleiding en de duur van het verblijf van de bewoner.

De doelstelling van een hostel was geformuleerd als: het bieden van sociaal-psychiatrische behandeling, beschermende huisvesting, woonrevalidatie en begeleiding aan die mensen met psychische stoornissen van wie verwacht wordt dat zij uiterlijk na 2 jaar naar een zelfstandige woonvorm kunnen verhuizen. Van het hostel wordt dus, evenals van psychiatrische dagbehandeling, verwacht onder andere een brugfunctie te vervullen tussen klinisch-psychiatrische behandeling en zelfstandig wonen in de maatschappij. Een hostel wordt geacht een doorstroominstelling te zijn en geen residentiële eindvoorziening.

Ten aanzien van het pensioentehuis werden in het rapport geen grenzen gesteld aan de duur van het verblijf. De doelstelling werd als volgt geformuleerd: het bieden van begeleiding, beschermende huisvesting en woonrevalidatie aan mensen die door psychische factoren - tijdelijk of blijvend - niet in staat zijn tot

zelfstandig wonen in de maatschappij en die bij het ontbreken van deze voorziening zijn aangewezen op opname in een psychiatrisch hostel of psychiatrisch ziekenhuis. In deze visie kon een pensiontehuis de functie van residentiële eindvoorziening vervullen, onder de voorwaarde dat de bescherming en ondersteuning gedurende de periode van verblijf noodzakelijk is en meer zelfstandige huisvesting niet mogelijk. Tot zover de in het eindrapport van de Interdepartementale Werkgroep verwoorde visie.

Beschermd wonen betekent in de praktijk vooral langdurig beschermd wonen. Instellingen met een grote doorstroming zijn schaars. Uit een landelijk onderzoek bleek dat in driekwart (77%) van de beschermende woonvormen meer dan de helft van de bewoners langer dan twee jaar woonden (Haveman, 1982a). De meeste instellingen hadden dus zowel langdurig als kortdurig wonenden, en waren geenszins de ideaal-typische doorstroom- of langverblijfhuizen van het IWBW-rapport.

In het eindrapport van de GHIGV-werkgroep beschermende woonvormen (1983) wordt de scheiding tussen hostel en pensiontehuis als onwerkbaar van de hand gewezen. Deze scheiding zou haaks staan op het streven naar flexibiliteit en diversiteit, en niet stroken met de praktijk. Zowel in het definitieve regeringsstandpunt ten aanzien van het IWBW-rapport (1984) als het Besluit Ziekenfondsraad Beschermende Woonvormen (1985) worden hostels en pensiontehuizen dan ook niet meer onderscheiden en niet meer van aparte indicatiecriteria voorzien. Wel wordt gepleit voor het instellen van indicatiecommissies voor Regionale Instellingen voor Beschermende Woonvormen (RIBW).

De doelstellingen en functies van beschermende woonvormen zijn in de huidige situatie weinig concreet en hanteerbaar omschreven. Het probleem van de doelgroepomschrijving voor deze voorzieningen lijkt verschoven te zijn van de overheid naar de regionale indicatiecommissies.

DEEL II - VRAAGSTELLING EN OPZET VAN HET ONDERZOEK

4. Vraagstelling

Zowel de omvang van de groep lang opgenomen patiënten in psychiatrische ziekenhuizen (hfdst. 3), als ook hun geringe kans bij ongewijzigd beleid op vervangende zorg, was de aanleiding om de volgende vraag in dit onderzoek centraal te stellen:

Welke factoren belemmeren c.q. bevorderen het ontslag naar vervangende zorg van lang opgenomen patiënten uit psychiatrische ziekenhuizen?

Deze vraagstelling bevat begrippen als lang opgenomen patiënten (4.1.), psychiatrische ziekenhuizen (4.2.), ontslag naar vervangende zorg (4.3.), en ontslagbelemmerende factoren (4.4.) die nadere toelichting behoeven.

4.1. Lang opgenomen patiënten

Over het "point of no return", het tijdstip waarop een periode van opname min of meer definitief wordt, zijn hulpverleners, onderzoekers en beleidsmakers het weinig met elkaar eens. "Als men de grenzen ruim stelt", schrijft Offerhaus (1983), "kan men zeggen dat ergens tussen de drie en vierentwintig maanden inrichtingsverblijf de persoon zo vervormd is dat de kans op terugkeer naar de eigen omgeving vrijwel nihil is geworden. Alle aandacht dient er dus op gericht te zijn te voorkomen dat deze termijn wordt overschreden".

Deze visie lijkt te pessimistisch bij analyse van gegevens van de Patiëntenregistratie Intramurale Geestelijke Gezondheidszorg (PIGG) van de Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid (GHIGV, 1984). Uit deze registratie blijkt dat ook van de patiënten die 2-5 jaar continu in een psychiatrisch ziekenhuis verbleven, in 1982 nog 10% naar de eigen omgeving werd ontslagen. De helft daarvan ging alleen wonen, de andere helft ging bij anderen inwonen (ouderlijk huis, eigen gezin,

familie/kennissen, pleeggezin, gastgezin, samenwonend, begeleide kamerbewoning, pension/-kosthuis). Voor de patiënten met een verblijfsduur van 5 tot 10 jaar en 10 jaar en langer was het aandeel patiënten dat naar de eigen omgeving werd ontslagen kleiner met 3% respectievelijk 2%. Dus ook na een opnameperiode van 10 jaar komen nog steeds enkele patiënten in aanmerking voor zelfstandige of beschermde huisvesting buiten de instelling. De keuze van het verblijfsduurcriterium van twee jaar of langer voor het selecteren van lang opgenomen patiënten is dan ook enigszins arbitrair.

Het onderhavige onderzoek werd toegespitst op patiënten uit de volgende drie verblijfsduurgroepen in algemene psychiatrische ziekenhuizen:

- 1) zeer lang opgenomen patiënten (z.l.o.p.): patiënten die langer dan 5 jaar continu in een a.p.z. verblijven;
- 2) lang opgenomen patiënten, continu (l.o.p.-c): patiënten die tussen de 2 en 5 jaar continu in een a.p.z. verblijven;
- 3) lang opgenomen patiënten, discontinu (l.o.p.-dc): patiënten die in de 5 jaar voorafgaand aan dit onderzoek over 2 of meer opnames in een psychiatrisch ziekenhuis of paaz een cumulatieve verblijfsduur van minimaal 30 maanden hebben opgebouwd.

Daarnaast werd de groep patiënten van psychiatrische ziekenhuizen vergeleken met een tweetal referentiegroepen, namelijk met personen die op het moment van het onderzoek in beschermende woonvormen of psychiatrische dagbehandeling verbleven, maar daarvoor lang in een algemeen psychiatrisch ziekenhuis waren opgenomen. Ook deze referentiegroepen werden naar de drie verblijfsduurgroepen onderscheiden.

Personen met de diagnose "seniele dementie" en "mentale retardatie" zijn zowel buiten de onderzoeksgroep als de referentiegroep gelaten. De verblijfsduurgroepen 1 en 2 worden ook wel eens aangeduid als "old long-stay" en "new long-stay". Deze begrippen zullen in het vervolg worden vermeden daar "old long-stay" niet noodzakelijkerwijs "bejaarde patiënten" of een "oud" opname- en

ontslag beleid van instellingen (b.v. van de 50-er en 60-er jaren) betekent, en ook "new long-stay" in principe de laatste van vele (langdurige) opnames kan zijn.

Naast de patiënten die langdurig en continu zijn opgenomen, worden door Schipper (1978) ook de frequent maar even langdurig opgenomen patiënten tot de chronische patiënten van psychiatrische ziekenhuizen gerekend. Over de omvang, samenstelling en kenmerken van deze patiënten (l.o.p.-dc.) is weinig bekend, afgezien van enkele cijfers uit de PIGG-registratie (Brook, 1984; Haveman, 1980a & b).

4.2. Psychiatrische ziekenhuizen

Het onderzoek beperkte zich tot de door het Ministerie van WVC erkende algemene psychiatrische ziekenhuizen (Ministerie WVC, 1983b) met uitzondering van twee instellingen die na 1980 zijn opgericht, en vier instellingen die zich min of meer hebben gespecialiseerd op bepaalde groepen patiënten. Van de overblijvende 38 algemene psychiatrische ziekenhuizen (a.p.z.) hebben er vijf deelgenomen aan dit onderzoek (zie verder hfdst. 10.1.).

4.3. Ontslag naar vervangende zorg

Met ontslag naar vervangende zorg wordt bij de verdere verslaglegging bedoeld: een mogelijke of daadwerkelijke plaatsing voor huisvesting en begeleiding van l.o.p. buiten het terrein van een psychiatrisch ziekenhuis, of op het terrein van een psychiatrisch ziekenhuis als het gaat om een vorm van kleinschalig wonen (sociowoning).

Het onderzoek richtte zich vooral op vervangende zorg voor l.o.p. door beschermende woonvormen en voorzieningen voor psychiatrische dagbehandeling. Daarnaast is tevens aan hulpverleners in psychiatrische ziekenhuizen een oordeel gevraagd over het in aanmerking komen van l.o.p. voor:

- zelfstandige kamerbewoning (zonder en met begeleiding vanuit Riagg of polikliniek);
- flat-/huisbewoning met andere ex-patiënten (zonder en met begeleiding vanuit Riagg of polikliniek);
- beschermd samenwonen onder personele begeleiding in een woonhuis op het terrein van een psychiatrisch ziekenhuis (socio-woningen);
- psychiatrisch hostel/sluisinternaat (intensieve op ontslag gerichte behandeling in een kleinschalige voorziening).

Een andere vorm van vervangende zorg, namelijk psychiatrische gezinsverpleging bleef in dit onderzoek buiten beschouwing daar slechts enkele psychiatrische ziekenhuizen (Beileroord, Dennenoord, St. Joseph Stichting, Vijverdal, P.C. Venray) voldoende ervaring hebben met deze zorgvorm.

4.4. Ontslagbelemmerende c.q. -bevorderende factoren

Het selecteren van de variabelen op relevantie voor de vraagstelling was niet eenvoudig. Zo wordt in de vakliteratuur een breed scala van factoren in verband gebracht met vertraging, uitstel en zelfs afstel van ontslag van patiënten uit psychiatrische ziekenhuizen. Een beargumenteerde selectie van onafhankelijke variabelen was dus noodzakelijk, waarbij gekozen werd binnen de volgende clusters van factoren:

- 1) patiëntfactoren
- 2) afdelings- en instellingsfactoren
- 3) gezins- en huisvestingsfactoren.

In hoofdstuk 6 zal in verband met de afgeleide vraagstellingen worden aangegeven, waarom in dit onderzoek voor bepaalde variabelen werd gekozen.

5. Onderzoeksplan

Vanuit een theoretisch perspectief is het boeiend om naar oorzaken te zoeken, waarom bepaalde patiënten wel en andere weer niet langdurig in een psychiatrisch ziekenhuis blijven opgenomen. De

analyse is dan gericht op factoren die in het verleden hebben gespeeld en geleid hebben tot langdurige opname. Een eerste optie voor dergelijk onderzoek is bijvoorbeeld het volgen van processen, het bestuderen van onderhandeling en besluitvorming tussen actoren (patiënt, familieleden, plaatsende instantie, afdelingsarts e.d.), die tot een kort of langdurig verblijf van een patiënt in een psychiatrisch ziekenhuis hebben geleid.

Ander verklarend onderzoek met betrekking tot chroniciteit en long-stay is niet proces- maar aspectgericht. Ieder aspect heeft weer een min of meer uitgebreide onderzoekstraditie. Het aantal aspecten is groot en uiteenlopend van aard, waarbij soms het ene, soms weer het andere aspect de belangrijke onafhankelijke variabele in het onderzoek is. De volgende aspecten (clusters van variabelen) in dergelijk verklarend onderzoek kunnen worden onderscheiden:

- persoonlijkheidsstructuur (premorbidie factoren; stressgevoeligheid; afhankelijkheid en passiviteit)
- aard en beloop van de psychische stoornis (psychiatrische diagnose en prognose)
- ernst van het probleem voor het functioneren van betrokkene (primaire handicaps)
- belasting en gevaar voor anderen
- structuur, kenmerken en houding van het natuurlijk milieu (als etiologische factor binnen het gezin, maar tevens in de betekenis van weinig steun en hulp, en uitstoting)
- gebrekkige extramurale professionele hulpverlening aan betrokkene en gezin/familie
- gebrek aan plaatsen in "tussenvoorzieningen" (b.v. crisisinterventiecentra, psychiatrische hostels en dagziekenhuizen)
- weinig intensieve of weinig doeltreffende intramurale behandeling
- interne organisatie van het algemeen psychiatrisch ziekenhuis (instellingsfactoren)
- iatrogene effecten van langdurige opname (afdelingsfactoren, secundaire handicaps)

- gebrekkige motivatie bij de patiënt tot ontslag
- gebrek aan geschikte plaatsen in woonvoorzieningen (b.v. pensiontehuizen) en dagcentra
- weinig samenwerking tussen voorzieningen, waardoor doorstroming naar instellingen buiten het a.p.z. wordt belemmerd.

Bovengenoemd onderzoek naar de oorzaken voor een lang klinisch verblijf of naar de oorzaken voor gestoorde vaardigheden van lang opgenomen patiënten hebben een betrekkelijk lange onderzoekstraditie. Maar de kernvraag die een kwart eeuw geleden werd gesteld, namelijk of de tekorten van vaardigheden van lang opgenomen patiënten zijn toe te schrijven aan patiënt-externe factoren zoals de zorg in het ziekenhuis (Wing & Brown, 1961) of inherent zijn aan het ziekteproces, is nog steeds een punt van discussie en verkeert in een renaissance van aandacht, zoals blijkt uit meer recente publicaties (Johnstone e.a., 1981; Lamb, 1982; Ciompi, 1980; Mathai & Gopinath, 1986).

In dit onderzoek waren wij minder geïnteresseerd in de oorzaken van bijvoorbeeld gestoorde vaardigheden. De vaardigheden van de patiënt werden niet beschouwd als afhankelijke variabelen, maar behoorden tot de te bestuderen onafhankelijke variabelen in verband met de indicatiestelling van patiënten voor vervangende zorg.

Vanuit deze invalshoek was het belangrijk om de actuele toestand te beschrijven, waarin een langdurig opgenomen patiënt verkeerde voor een aantal relevante aspecten, met als vragen:

- over welke vaardigheden beschikt de patiënt;
 - wat is de nu geldende diagnose;
 - is er sprake van agressief of suïcidaal gedrag e.d.,
- om vervolgens dergelijke (onafhankelijke) variabelen te koppelen aan het oordeel van hulpverleners over vervangende zorg (afhankelijke variabele). Deze beperkte doelstelling vormde het uitgangspunt voor het onderzoek, waarbij met een transversaal design kon worden volstaan.

5.1. Normering van de afhankelijke variabele: mogelijkheid van vervangende zorg

Er zijn verschillende mogelijkheden om de normering, namelijk het oordeel welke patiënt wel en welke niet voor vervangende zorg in aanmerking komt, niet aan de onderzoeker over te laten, maar te koppelen aan referentiepunten buiten de positie van de onderzoeker.

5.1.1. Directe normering

Bij directe normering bepalen deskundigen welke patiënten wel en welke niet voor ontslag in aanmerking komen. Voorbeelden van methoden voor directe normering via panels van deskundigen zijn de Delphi-methoden, de nominale groep techniek, Glaser's "state of the art"-methode of een zgn. "conference development"-methode (Brorsson & Wall, 1985).

De panel benadering⁽²⁾ heeft een aantal nadelen, namelijk het gevaar van:

- conservatisme (de tendens om van bestaande instellingen en het vigerende intakebeleid uit te gaan);
- gedeeltelijke normering door onderzoekers (de onderzoekers zullen een oplossing moeten vinden, hoe zij met minderheidsstandpunten in panels omgaan);
- de mate van abstractie (veelal wordt het oordeel van panelleden niet gevraagd naar aanleiding van een concrete steekproef van instellingen en patiënten); daarmee samenhangend:
- de validiteit van beoordeling (niet ieder panellid gaat van dezelfde patiënten en voorzieningen uit);
- het beoordelen van singuliere factoren (terwijl de werkelijke opname-indicatie stoelt op een veelvoud van variabelen die onderling gewogen en per individu verschillend tot een besluit van plaatsing leiden);

- de representativiteit van de panelleden (om praktische en financiële redenen wordt veelal niet een aselechte steekproef getrokken van voldoende omvang uit het "universum van deskundige hulpverleners");
- de belangen van panelleden bij substitutiekwesties (dit aspect kan met name van belang zijn als directie- en bestuursleden van instellingen in het panel zitting hebben);
- de a-specifieke sociaal-psychologische processen binnen het panel (niet alleen inhoudelijke discussie en argumentatie bepalen de besluitvorming, maar tevens aspecten als b.v. macht, aanzien, verbaal vermogen en coalitievorming van panelleden).

Bij substitutie-onderzoek wordt wel eens gewerkt met een andere vorm van directe normering, namelijk zogenaamde bezoekteams. Dat zijn breed samengestelde commissies van deskundigen die op een min of meer gestandaardiseerde manier een representatieve steekproef van patiënten (of de totale populatie) beoordelen op mogelijkheden voor ontslag of overplaatsing naar andere voorzieningen.

Een voorbeeld van een dergelijke benadering vormt het onderzoek van Mann en Cree (1976). Hun doelstelling was na te gaan wat de redenen waren voor de toename van het aantal nieuwe langblijvers in psychiatrische ziekenhuizen. Tevens vroegen zij zich af of deze klinisch opgenomen patiënten even goed of beter door andere instellingen of instanties opgevangen konden worden. Het onderzoek had betrekking op patiënten met een verblijfsduur van 1-3 jaar en een leeftijd bij opname van 15 tot 65 jaar. Uit iedere Regional Hospital Board Area in Engeland en Wales werd at random één ziekenhuis met meer dan 500 bedden gekozen, in het geheel dus 15 instellingen. Binnen iedere instelling werd weer at random een steekproef van 25-30 patiënten getrokken die aan het leeftijds- en verblijfsduurcriterium voldeden.

Een bezoekteam, samengesteld uit een psychiater en een sociaal-psychiatisch verpleegkundige, had voor iedere instelling twee weken de tijd om zoveel mogelijk informatie over de desbetref-

fende patiënten te verzamelen. Getracht werd met behulp van deze informatie de patiënten naar zeer verschillende vormen van vervangende zorg in te delen naar mate van ambulante en bescherming, namelijk van zelfstandig wonen tot en met 24-uurs klinische zorg.

Onafhankelijk van de taxaties van het bezoekteam, werden de patiënten op basis van de verzamelde gegevens nogmaals in de groepen ingedeeld door een tweede onderzoeksteam bestaande uit een psychiater en een sociale wetenschapper. Ook aan de behandelaren (psychiater en verpleegkundigen) werd per patiënt een taxatie gevraagd van ontslagmogelijkheden.

In dit onderzoek werd dus voor de normering van ontslagmogelijkheden gebruik gemaakt van oordelen van drie soorten "panels", namelijk bezoekteam, externe deskundigen en behandelaren. Tenslotte is nagegaan op welke kenmerken de patiënten van de 10 groepen verschilden, uitgaande van de indeling c.q. normering door het bezoekteam.

Bij deze benadering vervalt een groot aantal bezwaren van het normeren met behulp van panels. Maar niet alle problemen zijn door het hanteren van deze methode opgelost. Punten als representativiteit van, belangen en a-specifieke sociaal-psychologische processen binnen bezoekteams kunnen ook hier de uitkomsten vertekenen.

Een groot voordeel is de toepasbaarheid van de resultaten. De lijn van onderzoek naar beleid is zeer direct, doordat eventueel beslissingen op patiëntniveau kunnen worden genomen. Maar dat is sterk afhankelijk van de status en bevoegdheden van de bezoekteams.

Soms wordt vanuit ethische overwegingen gepleit voor adviserende of uitvoerende bevoegdheden van bezoekteams, soms daartegen. De Haen en Schretlen (1981) stellen in dit verband de vraag "... of je het psychiatrische patiënten kunt aandoen hen te laten screenen door voor hen onbekende deskundigen, terwijl ze van een dergelijke screening persoonlijk niets te verwachten hebben". Deze vraag is te eenzijdig gesteld. Voor sommige patiënten mag

gelden dat het praten over andere opvangmogelijkheden gepaard gaat met gevoelens van hoop en positieve verwachting. Anderen zullen hopen dat het bij praten blijft. Zij vrezen het onbekende en nieuwe, en zullen bij werkelijke veranderingen met een "resistance to change"-houding reageren, of - zoals elders beschreven - met een vlucht in de psychopathologie. Goffman (1961) heeft de onderliggende attitude ooit eens omschreven als de vrees van "... moving from the top of a small world to the bottom of a large one".

Een belangrijk nadeel van de methode van bezoekteams zijn tevens de kosten. Deskundigen zijn in de regel duur, en zowel de gegevensverzameling zelf als de evaluatie per patiënt is tijdrovend en personeelsintensief. Zo zijn interviews met hulpverleners en patiënten nodig, eventueel aangevuld met informatie uit dossieronderzoek.

Een andere mogelijkheid van directe normering is om uit te gaan van het oordeel van het afdelingspersoneel bij een representatieve steekproef van patiënten. In ons onderzoek is voor deze benadering gekozen. In hoofdstuk 5.2. zal deze keuze worden beargumenteerd en de onderzoeksoepzet nader beschreven.

5.1.2. Indirecte normering

Naast deze methodieken van directe normering, waar het oordeel van deskundigen centraal staat, zijn er ook indirecte methoden om referentiepunten te bepalen. Bijvoorbeeld door de intake-criteria en kenmerken van bewoners van enkele modelvoorzieningen, b.v. semimurale voorzieningen met relatief veel ex-l.o.p. en een veelbelovend zorgconcept, te vergelijken met potentiële doelgroeppatiënten in algemene psychiatrische ziekenhuizen (a.p.z.). Een andere mogelijkheid is om niet alleen personen van enkele modelvoorzieningen maar alle personen die na een langdurige opname in een a.p.z. nu in een alternatieve setting verblijven (bijvoorbeeld beschermende woonvorm of psychiatrische dagbehandeling) als referentiegroep te beschouwen. De veronderstelling

daarbij is dat personen in psychiatrische ziekenhuizen die aan de kenmerken van de referentiegroep voldoen, ook naar dergelijke voorzieningen ontslagen kunnen worden.

In het voorliggende onderzoek zijn de resultaten zoals verkregen door de directe normeringsmethode voor een aantal variabelen nog eens getoetst aan de hand van de indirecte benadering.

5.2. Design

Bij het beoordelen van ontslag- en overplaatsingsmogelijkheden door afdelingspersoneel kan terecht worden gewezen op eventuele vertekening door belangenkwesties (pleiten voor ontslag betekent opheffen van arbeidsplaatsen) en conservatisme (oordelen vanuit de huidige situatie). Er wordt veel gesproken over zorgafhankelijke patiënten, maar ook de hulpverleners kunnen voor de zorgverlening op de afdeling afhankelijk zijn van enkele patiënten die het klimaat op de afdeling in gunstige zin beïnvloeden. Pleiten voor ontslag van deze patiënten zou het gevonden evenwicht op de afdeling in gevaar kunnen brengen.

Intramurale hulpverleners blijken tevens minder dan ambulante en semimurale hulpverleners vertrouwen te hebben in de opvangmogelijkheden van beschermende woonvormen, bijvoorbeeld in de vorm van psychiatrische hostels. De resultaten van het onderzoek van De Haen & Schretlen (1981) maken het aannemelijk dat door intramurale beoordelaars hogere drempels voor ontslag en substitutie worden gehanteerd, door meer en scherpere ontslagcriteria.

De keuze voor personeel van afdelingen voor het beoordelen van substitutiemogelijkheden biedt echter ook voordelen. Zo zijn verpleegkundigen, afdelingspsychiaters, -psychologen e.d. in de regel veel beter geïnformeerd over de voorgeschiedenis en leefsituatie van de patiënt dan panelleden en bezoekteams, hoe serieus externe beoordelaars ook hun taak opvatten.

Een ander voordeel is dat het redelijk realistische schattingen betreft. Bij een panelbenadering wordt gedaan, alsof het ontslag van patiënten extern, b.v. door middel van protocollen, kan worden geregeld. Afdelingen van a.p.z.-en zijn echter betrekke-

lijk autonoom in hun ontslagbeleid. Tussen het paneloordeel en daadwerkelijke substitutie ligt het krachtenveld van meningen van de patiënt zelf, familieleden en het afdelingspersoneel. Het lijkt van belang om hierin meer inzicht te krijgen. Bij de patiënt dient dan naar de wens tot ontslag gevraagd te worden, aan de verpleegkundige en nog eens apart aan de psychiater/psycholoog naar de mogelijkheden van ontslag. Dat de resultaten op kortere termijn beschikbaar komen en het onderzoek minder kostbaar is, zijn bijkomende voordelen.

In dit onderzoek werd bij een aselechte steekproef van lang opgenomen patiënten in a.p.z.-en zowel aan een verpleegkundige als een psychiater/psycholoog de volgende vraag gesteld: "Komt betrokkene volgens U, gezien zijn/haar huidige functioneren, in aanmerking voor", - waarna vervolgens een reeks van mogelijke voorzieningen werd genoemd. Het waren identieke items in de Vragenlijst Onderzoek Long-stay I (VOL I: psychiater/psycholoog) en de Vragenlijst Onderzoek Long-stay II (VOL II: verpleegkundige/mentor). De hulpverleners werden verzocht de vragenlijsten onafhankelijk van elkaar in te vullen.

Per patiënt kon zodoende een tweetal oordelen worden verkregen over mogelijkheden van:

- a) zelfstandige kamerbewoning zonder begeleiding vanuit Riagg of polikliniek;
- b) zelfstandige kamerbewoning met begeleiding vanuit Riagg of polikliniek;
- c) flat-/huisbewoning met andere ex-patiënten zonder begeleiding vanuit Riagg of polikliniek;
- d) flat-/huisbewoning met andere ex-patiënten waarbij begeleiding vanuit Riagg of polikliniek is geregeld;
- e) beschermd samenwonen onder personele begeleiding in een woonhuis op het terrein van een psychiatrisch ziekenhuis;
- f) beschermd samenwonen onder personele begeleiding buiten het terrein van een psychiatrisch ziekenhuis;
- g) psychiatrisch hostel/sluisinternaat (intensieve op ontslag gerichte behandeling in een kleinschalige voorziening);
- h) psychiatrisch dagziekenhuis ('s nachts bij familie/gezin);
- i) psychiatrisch dagziekenhuis (in combinatie met a, b, c of d).

Elke vraag kon met ja, misschien of nee worden beantwoord. Vervolgens werden twee groepen patiënten onderscheiden:

- 1) patiënten waarbij beide hulpverleners, psychiater en verpleegkundige, voor tenminste één en dezelfde voorziening (a t/m i) plaatsingsmogelijkheden aangaven,
- 2) patiënten waarbij slechts één van de hulpverleners plaatsingsmogelijkheden zag, beiden twijfelden (misschien), of beiden geen alternatieve opvang mogelijk achtten (a t/m i).

Schema 7 is een grafische representatie van het in dit onderzoek beoogde overeenstemmingsoordeel van psychiater en verpleegkundige.

Schema 7: Het criterium voor overeenstemming tussen psychiater en verpleegkundige over de mogelijkheid van vervangende zorg.

		psychiater		
		ja	misschien	nee
ver- pleeg- kundige	ja	1	1	2
	misschien	1	2	2
	nee	2	2	2

De eerste groep, de vervangende zorg-groep, bestond uit al die patiënten, waarin psychiater en verpleegkundige overeenstemden dat een concrete plaatsingsmogelijkheid aanwezig was. Als criterium voor overeenstemming gold dat een "ja" van de ene beoordeelaar tenminste moest corresponderen met een "misschien" van de andere beoordeelaar. Deze groep is in het schema aangeduid met het cijfer "1".

Nu is het mogelijk dat patiënten, waarbij volledige overeenstemming tussen psychiater en verpleegkundige bestaat (ja-ja), systematisch op een aantal kenmerken verschillen van patiënten die voldoen aan het (breder) gekozen overeenstemmingscriterium (ja-ja & ja-misschien & misschien-ja). De "ja-ja"-groep zou over de gehele linie vaardiger kunnen zijn, jonger e.d..

Voor de toetsing van deze vooronderstelling werd de groep patiënten, waarbij volledige overeenstemming bestond tussen psychiater en verpleegkundige (ja-ja), vergeleken op een 25-tal variabelen met de groep patiënten waarbij beperkte overeenstemming bestond (ja-misschien & misschien-ja). Deze analyse is uitgevoerd voor patiënten die in aanmerking kwamen voor flat-/huishouding met begeleiding vanuit Riagg of polikliniek, beschermd kleinschalig wonen in een woonhuis buiten het terrein of op het terrein van een psychiatrisch ziekenhuis. Voor de overige voorzieningensoorten waren te weinig waarnemingen in één van beide subgroepen beschikbaar ($N < 9$) voor een toetsing op verschillen op basis van de Fisher's exact test.

Van de 75 kruistabellen (3 voorzieningensoorten x 25 variabelen) gaven twee tabellen significante verschillen te zien ⁽³⁾. Daar ook in absolute zin de verschillen op bijvoorbeeld de vaardigheidsvariabelen niet groot waren, werd in het vervolg van het bredere overeenstemmingscriterium (ja-ja & ja-misschien & misschien-ja) uitgegaan.

In hoofdstuk 11 zijn vervolgens de resultaten vermeld bij toepassing van dit criterium.

Daarnaast werd gebruik gemaakt van de methode van indirecte normering aan de hand van referentiegroepen in psychiatrische dagziekenhuizen en beschermende woonvormen. Het ging om patiënten/bewoners die na een langdurig verblijf in een a.p.z. inmiddels in psychiatrische dagbehandeling of een beschermende woonvorm verbleven. Bij deze personen waren klaarblijkelijk tijdens het verblijf in het a.p.z. voldoende voorwaarden aanwezig voor ontslag.

Een belangrijk probleem bij deze benadering, namelijk de "time-

lag", is nog niet genoemd. De referentiepersonen in psychiatrische dagziekenhuizen en beschermende woonvormen kunnen daar reeds lang verblijven. En het is onbekend, of de eventueel "betere" scores van de vergelijkingsgroepen tijdens het verblijf in deze voorziening tot stand zijn gekomen, of reeds op het moment van overplaatsing uit het a.p.z. bestonden.

Selectie vooraf met het criterium van recent verblijf was niet mogelijk, omdat de operationalisering van "lang opgenomen patiënt" (l.o.p.) reeds een aanzienlijke beperking van de omvang van de doelgroep betekende. Bij de analyse van de gegevens werd dus van de enigszins arbitraire veronderstelling uitgegaan dat de beoordeelde kenmerken van de bewoners/patiënten van psychiatrische dagziekenhuizen en beschermende woonvormen betrekkelijk constant bleven na intake.

Ook was het voor de vergelijkbaarheid van de resultaten van belang om variabelen, die bij patiënten van a.p.z.-en gemeten werden, op dezelfde wijze te meten bij de patiënten/bewoners van psychiatrische dagziekenhuizen en beschermende woonvormen. Dit is zoveel mogelijk gebeurd in de vorm van geprecodeerde items in standaard-vragenlijsten voor de voorzieningen van de drie genoemde sectoren (hfdst. 7).

6. Afgeleide vraagstellingen

Bij het begin van het onderzoek was het selecteren van variabelen op relevantie voor de vraagstelling geen eenvoudige opgave. Zo werd een breed scala van factoren in verband gebracht met vertraging, uitstel en zelfs afstel van ontslag van patiënten uit psychiatrische ziekenhuizen. Enige argumentatie en ordening was dus nodig. Bij de bespreking van de variabelen werd gekozen voor de volgende indeling:

- 1) patiëntfactoren
- 2) afdelings- en instellingsfactoren
- 3) gezins- en huisvestingsfactoren.

Hierna zal kort voor iedere categorie worden aangegeven waarom in dit onderzoek voor bepaalde variabelen werd gekozen. De aanwij-

zingen uit de literatuur en het vooronderzoek werden zoveel mogelijk geformuleerd als te toetsen hypothesen binnen het onderzoek. Aan de keuze van de hypothesen ligt dus geen geëxpliciteerd theoretisch model ten grondslag. In navolging van Gadourek (1969) wordt met "hypothese" bedoeld: een vermoed antwoord op de gestelde vraag.

In hoofdstuk 7 wordt toegelicht hoe de gekozen variabelen werden geoperationaliseerd in de vragenlijsten.

6.1. Patiëntfactoren

Het meeste onderzoek naar ontslagbelemmerende factoren voor lang opgenomen patiënten is gericht op kenmerken bij de patiënt. Met name de volgende aspecten worden in verband gebracht met een ongunstige ontslagprognose: (1) het gebrek aan bepaalde vaardigheden, (2) bepaalde psychiatrische diagnoses, (3) de aanwezigheid van geestelijke handicaps (mental retardation), (4) het gevaarscriterium, tegen zichzelf of anderen gerichte lichamelijke agressie, (5) een aantal demografische factoren, en (6) een negatieve attitude van betrokkene ten aanzien van ontslag.

6.1.1. Vaardigheden

Het belang dat wordt toegekend aan enerzijds de diagnose en symptomen van patiënten en anderzijds aan de persoonlijke vaardigheden en het sociaal functioneren, lijkt in de psychiatrie mede afhankelijk te zijn van het tijdstip waarop de patiënt onder de aandacht komt van de hulpverlener. Als de patiënt in het eerste stadium van zijn/haar problemen verkeert en bijvoorbeeld in een psychotische crisissituatie wordt opgenomen in een Paaz of psychiatrisch ziekenhuis, dan worden de beperkingen die betrokkene heeft in verband met zelfverzorging (wassen, kammen, kleden), het innemen van voedsel, het omgaan met geld, maar ook in het vervullen van bepaalde sociale rollen als kostwinner, huisvrouw, student of buurman, direct gekoppeld aan psychiatrische symptomen en een gestelde diagnose. Met andere woorden: de functiestoornis-

sen, de beperkte vaardigheden en het verzaken van sociale verplichtingen worden als (tijdelijke) gevolgen beschouwd van de ziekte. Wing (1962) noemt dit de primaire handicaps.

Een dergelijke directe relatie tussen de ernst van psychiatrische symptomen en de beperkingen in vaardigheden en rolgedrag kon worden vastgesteld in de Groningse WHO-studie waarbij een cohort van patiënten met een eerste episode van een niet-affectieve psychose over een periode van drie jaar werd gevolgd (De Jong e.a., 1983; Wiersma, 1983; Wiersma e.a., 1984; De Jong, 1984). In hun follow-up studies van jonge schizofrene patiënten kwamen Strauss en Carpenter (1977), Isele en Angst (1985) en Test e.a. (1985) eveneens tot de conclusie dat met de ernst van de symptomen het sociaal functioneren aanzienlijk werd beperkt. Wel wordt ten aanzien van acute schizofrene stoornissen er voor gewaarschuwd om te eenzijdig uit te gaan van een direct causaal verband tussen symptomen en sociale beperkingen. Brady (1984) wijst er op dat beide fenomenen elkaar kunnen beïnvloeden in een circulair proces. De "a-sociale" symptomatische uitingen van schizofrenie kunnen de patiënt laten vervreemden van familie, vrienden en kennissen en beperkend werken op de sociale kansen van de patiënt. Tevens kan echter hun reactie van afwijzing en afzondering bij de patiënt leiden tot verdere vermindering van het gevoel van eigenwaarde en meer symptomatische uitingen van schizofrenie.

Ondanks dergelijke kanttekeningen is het echter gebruikelijk om gestoorde vaardigheden van patiënten die voor de eerste keer worden opgenomen, te beschouwen als rand- of gevolgfenomenen - Summers (1979) heeft het over "epifenomenen" - van symptomen. Dat wil overigens niet zeggen dat de beperkingen minder erg zouden zijn dan psychiatrische symptomen in de beleving van de patiënt, de familie en hulpverleners.

De activiteiten van psychiatrische rehabilitatie zullen voor deze groep patiënten dan vooral gericht zijn op symptoombeheersing en -bestrijding in de verwachting daarmee ook de vaardigheden en het sociale functioneren van de patiënt zoveel mogelijk in de oorspronkelijke staat te herstellen. Wiersma e.a. (1984) concludeer-

den overigens op basis van follow-up gegevens dat deze verwachting bij schizofrene patiënten niet altijd uitkomt. Ook als bij patiënten de symptomen tijdelijk of gedurende een langere periode grotendeels zijn verdwenen, heeft een aantal patiënten evenveel beperkingen in hun sociale functioneren als voorheen.

In tegenstelling tot rehabilitatie van patiënten die in de eerste fase van hun problemen verkeren, wordt in de rehabilitatie van patiënten die voor een lange periode zijn opgenomen, meer aandacht besteed aan de vaardigheden, - en dit gebeurt betrekkelijk onafhankelijk van de gestelde diagnose. Adler e.a. (1984) spreken in dit verband over: "... an alternative view of chronic mental patients and their adaptation to life which is less illness-centered and treatment-focused. Quality of life, coping-skills and present adjustment are emphasized." Giel (1982) typeert de positie en de rol van lang opgenomen patiënten volgens het zgn.

"invaliditeits- of gebrekkigen-model" en licht dit als volgt toe:

"Ze hebben allen een psychiatrische diagnose, dat wil zeggen dat ze ooit ziek werden geacht. Kennelijk zijn ze niet zodanig hersteld dat ze het ziekenhuis kunnen verlaten. Ze nemen misschien wel deel aan een programma van dagelijkse bezigheden, maar niet of nauwelijks aan een behandelingsprogramma dat expliciet of impliciet gericht is op hun herstel. Het zijn doorgaans mensen die moeten leven met een gebrek, in dit geval een geestelijk gebrek. Binnen het gebrekkigenmodel als geheel telt de specifieke diagnose minder; meestal volstaat men met een benoeming van de handicap in zeer algemene termen ...".

Bij een dergelijk concept staat dus niet het principe "to restore to a former capacity or state" door middel van behandeling op de voorgrond, maar eerder - om een andere definitie van het begrip rehabilitatie te gebruiken - "to restore to a condition of useful and constructive activity (after illness)" (Webster, 1984). De rehabilitatie van lang opgenomen patiënten is in de regel niet meer gericht op de complexe vaardigheden in sociale rollen van vóór de opname, of beter, vóór de start van de ernstige psychische problemen. Van de meeste patiënten wordt niet meer verwacht

dat zij hun opleiding afmaken, weer gaan werken, kinderen gaan opvoeden of dagelijkse omgang hebben met een vaste partner, - activiteiten waar ook menige andere Nederlander problemen mee heeft. Zo waarschuwt Lamb (1979) voor "overselling" van het rehabilitatieconcept bij ernstig gehandicapte patiënten door onrealistische verwachtingen en overenthousiaste pogingen van hulpverleners.

De doelstellingen voor de rehabilitatie van lang opgenomen patiënten zijn beperkter van aard en, zoals Wennink en Zuilhof (1984) terecht opmerken, veelal gericht op het aanleren van vaardigheden en het stimuleren van activiteiten die voor de meeste Nederlanders vanzelfsprekend zijn en routinematig worden gedaan. Volgens bovengenoemde auteurs onderscheiden zich "chronische" patiënten van "gewone" mensen, doordat ze op enkele onderdelen "de kunst van het leven" zijn verleerd, zoals boodschappen doen, een brief schrijven, fietsen, telefoneren, huishoudelijk werk, ontspanning, lichamelijke verzorging en het omgaan met anderen. Bij het oordeel van hulpverleners of lang opgenomen patiënten wel of niet voor vervangende zorg in aanmerking komen spelen dergelijke vaardigheden dan ook een belangrijke rol. Babiker (1980) wijst erop dat dergelijke vaardigheden reeds na een betrekkelijk kort verblijf essentieel zijn voor het ontslag van patiënten. Zo verschilden patiënten die binnen een half jaar waren ontslagen, wat hun vaardigheden betreft, significant van patiënten die een half jaar na de opname nog steeds in de instelling verbleven. Daarentegen werden nauwelijks verschillen gevonden, wat betreft het aantal en de ernst van de symptomen. De onderzoeker concludeert: "The findings of this study suggest that continued retention is determined by factors other than the patient's clinical state. The capacity for self-support and independent existence, insofar as it can be distinguished from illness, as well as adequate social support ... appear to be the essential ingredients required for discharge."

Hoe vaardig zijn nu lang opgenomen patiënten, en in welke mate spelen vaardigheden een rol bij het oordeel over ontslag naar vervangende zorg?

Giel (1977) beschreef de vaardigheden van lang opgenomen patiënten als volgt: ".... chronic patients, whether schizophrenic or mentally retarded, are on the whole perfectly capable of taking care of themselves with regard to their basic needs: dressing, personal hygiene, food, finding their way about the hospital or hospital grounds. They are generally very quiet people, who talk to themselves if they ever talk, and who initiate little contact with others, whether patients or staff. During our observations of ward-behaviour, long-stay patients appeared to differ markedly in this respect from short-stay ones who seemed to have developed networks of communication".

Dit oordeel is o.a. gebaseerd op het onderzoek van Schudel (1976) bij 170 lang opgenomen patiënten. Alhoewel de contacten van lang opgenomen patiënten met medepatiënten en personeel dus schaars waren en vaak beperkt bleven tot de geformaliseerde gezamenlijke activiteiten op de afdeling, beschikten de patiënten in Schudel's onderzoek vrijwel zonder uitzondering over een grote mate van zelfredzaamheid. We nemen dan ook aan dat een goede lichamelijke zelfredzaamheid een eerste vereiste is om voor vervangende zorg ingedeeld te worden.

H1: Naarmate de basale zelfredzaamheid van lang opgenomen patiënten geringer is, komen zij minder in aanmerking voor vervangende zorg.

Volgens Schudel variëerde de mate, waarin de patiënten contact onderhielden met de wereld buiten de instelling, sterk. Vooral de oudere patiënten, zij die zeer lang waren opgenomen en degenen met de diagnose schizofrenie, hadden minder contact met de buitenwereld en een lagere score op de schaal van Basale Sociale Vaardigheden (BSV) dan de overige patiënten.

Niet de zelfredzaamheid/zelfstandigheid van de l.o.p. lijkt dus het grootste probleem, maar eerder een tekort aan vaardigheden om aan het maatschappelijke verkeer deel te nemen, zoals telefoneren, gebruik maken van openbaar vervoer e.d..

H2: Naarmate de potentiële sociale vaardigheden van lang opgenomen patiënten geringer zijn, komen zij minder in aanmerking voor vervangende zorg.

Test & Stein (1976) onderscheiden "activity of daily living skills", en "social or interpersonal skills". Deze sociale vaardigheden aangevuld met vaardigheden in beroep en vrije tijd, maar ook de houding van patiënten en een aantal voorwaardenscheppende factoren op afdelingsniveau, bepalen mede het aantal contacten van l.o.p. met personen buiten de instelling.

Het aantal externe contacten van patiënten kan volgens Segal & Everett-Dille (1980) worden beschouwd als één van de maten van "externe integratie". Externe integratie wordt daarbij gedefinieerd als de mate waarin een patiënt zonder personele begeleiding deelneemt aan gemeenschapsactiviteiten buiten de instelling.

De index die Segal e.a. voor externe integratie hanteren is samengesteld uit zeven subschalen die de volgende 5 aspecten meten:

- a) de verblijfsduur van een individu buiten de instelling,
- b) de toegang tot goederen en diensten die in de gemeenschap beschikbaar zijn,
- c) de sociale contacten en deelname aan activiteiten buiten de instelling,
- d) de participatie in de gemeenschap door werk of studie, en
- e) de activiteiten als consument van goederen en diensten.

Daarnaast hebben Segal e.a. ook een index ontworpen voor interne integratie, d.w.z. de mate van betrokkenheid van de patiënt bij programma's en activiteiten die binnen of vanuit de instelling plaatsvinden.

De verschillende vaardigheden spelen in ons onderzoek een belangrijke rol. De vaardigheden worden onderscheiden in: basale zelfredzaamheid, potentiële sociale vaardigheden, interne en externe sociale integratie.

H3: Naarmate de interne sociale integratie van lang opgenomen patiënten geringer is, komen zij minder in aanmerking voor vervangende zorg.

H4: Naarmate de externe sociale integratie van lang opgenomen patiënten geringer is, komen zij minder in aanmerking voor vervangende zorg.

6.1.2. Psychiatrische diagnose

Orme (1973) stelt dat in principe iedere psychiatrische diagnose ook bij lang opgenomen patiënten te vinden is. Wel zouden in de long-stay populatie een aantal diagnostische groepen oververtegenwoordigd zijn. Orme wijst daarbij o.a. op de patiënten met organische, irreversibele condities met gedragsstoornissen, variërend van epilepsie en preseniele dementie tot relatief zeldzame diagnoses als Chorea van Huntington en Wilson's disease. Ook Shore & Shapiro (1979) vragen aandacht voor deze groep namelijk de patiënten ".... with a variety of conditions that are not primarily psychiatric: advanced Korsakow's psychosis, Alzheimer's disease, Pick's disease, and senile organic brain syndrome. These patients end up in state hospitals because there is no other place for them, especially as long-term care in public health hospitals is phased out. They cannot be cared for in nursing homes because of behavioral aberrations".

Wilder, Lensk & Zwerling (1966) kwamen op basis van hun onderzoek naar substitutiemogelijkheden van psychiatrische dagbehandeling tot de conclusie dat het met name moeilijk is om voor patiënten met "organic brain syndrome" een alternatief te vinden voor het psychiatrisch ziekenhuis.

Bij de bestudering van een cohort van in 1970 in psychiatrische ziekenhuizen opgenomen patiënten vonden Giel e.a. (1978) dat mannen met een organische aandoening (anders dan dementie) en vrouwen met dementie of een andere organische aandoening vaker tot de nieuwe chronische patiëntenpopulatie gaan behoren. Door Haveman (1980c) kon deze relatie op basis van een opname-cohort van 1973, alleen worden aangetoond voor mannen tot 65 jaar met een organische aandoening (anders dan dementie).

H5: Als lang opgenomen patiënten een organische psychische stoornis hebben, komen zij minder voor vervangende zorg in aanmerking dan patiënten met andere psychische stoornissen.

Ook de diagnose "schizofrenie" en "mental retardation" bleek gepaard te gaan met een grotere kans op langdurig verblijf. Voor beide diagnosegroepen gold dit voor de opgenomen mannen en vrouwen in alle leeftijdsgroepen.

De beelden, die onder het begrip "schizofrenie" worden samengevat, manifesteren zich vooral gedurende de late adolescentie en de vroege volwassenheid voor het eerst en treden na het dertigste jaar nauwelijks meer voor de eerste keer op (Giel e.a., 1980). Een groot deel van deze patiënten blijft ook op hogere leeftijd sterk van psychiatrische zorgafhankelijk.

H6: Als lang opgenomen patiënten de diagnose schizofrenie hebben, komen zij minder voor vervangende zorg in aanmerking dan patiënten met andere psychische stoornissen.

Voor het bepalen van de psychiatrische diagnose is in dit onderzoek gebruik gemaakt van hoofdgroepen van de 9de versie van de International Classification of Diseases (ICD-9) en DSM III. Dit zijn gangbare classificatiesystemen in psychiatrische ziekenhuizen, die tevens goed aansluiten bij gegevens van de case-registers in Assen en Maastricht, het landelijke registratiesysteem van de GHIGV en bij onderzoek dat elders in Nederland plaatsvindt.

Aan diagnostische aspecten werd in het onderhavige onderzoek betrekkelijk weinig aandacht besteed.

6.1.3. Geestelijke handicaps

De geestelijk gehandicapte patiënten (mental retardation) nemen ook ruimtelijk gezien in de psychiatrische ziekenhuizen een aparte plaats in. Over de omvang, samenstelling, diagnostische differentiatie en doorstroming van deze groep is elders verslag gedaan (Haveman, 1981). Gezien de specifieke begeleidings- en verzorgingsbehoefte van diep geestelijk gehandicapten zal deze groep, evenals de groep van demente bejaarden in het onderzoek buiten beschouwing blijven.

6.1.4. Gevaar voor zichzelf of anderen

In experimenteel onderzoek naar alternatieve zorgvormen worden vaak personen met suïcidaal en agressief gedrag buiten de onderzoeksoepzet gelaten (Braun e.a., 1981). Bij deze patiënten durfde men het ontslag uit de intramurale setting naar de experimentele semi- of extramurale situatie niet aan. Het is aannemelijk dat suïcidepogingen en lichamelijk agressief gedrag ook in de klinische praktijk contra-indicaties zijn voor ontslag. Zo bleek uit onderzoek van Katz & Woolley (1975) dat artsen, psychologen en maatschappelijk werkers de volgende ontslagcriteria noemden, in volgorde van belangrijkheid:

1. De patiënt is geen gevaar (meer) voor zichzelf of anderen;
2. hij functioneert op een aanvaardbare wijze en berokkent zich zelf en anderen geen schade;
3. de verbetering van het gedrag is voldoende om zich buiten het ziekenhuis te kunnen handhaven;
4. de psychiatrische symptomen zijn verdwenen;
5. het milieu waarin de patiënt kan terugkeren lijkt voldoende stabiel;
6. de patiënt aanvaardt de verantwoordelijkheid voor zijn gedrag.

Zowel in het eerste als ook in het tweede ontslagcriterium speelt de taxatie van mogelijk gevaar voor zichzelf of anderen een rol. Deze twee aspecten, agressief en suïcidaal gedrag, zijn als variabelen in dit onderzoek opgenomen.

H7: Naarmate lang opgenomen patiënten agressiever zijn, komen zij minder in aanmerking voor vervangende zorg.

H8: Naarmate lang opgenomen patiënten meer suïcidaal zijn, komen zij minder in aanmerking voor vervangende zorg.

6.1.5. Demografische en juridische factoren

In 1982 waren bijna evenveel mannen als vrouwen lang opgenomen. Wel hadden de vrouwen een gemiddeld hogere leeftijd. Van de verblijfsduurgroep 2-5 jaar was 61% van de vrouwen ouder dan 50 jaar tegenover 46% van de mannen. Voor de vrouwen en mannen met een verblijfsduur > 5 jaar waren de percentages respectievelijk 80% en 71%.

De mannen en vrouwen die in 1973 in psychiatrische ziekenhuizen werden opgenomen en daar lang verbleven (3-4 jaar), waren met gemiddeld 47 jaar en 57 jaar duidelijk ouder bij opname dan de personen van het totale opnamecohort (Haveman, 1980c). De kans op een langdurige opname nam zowel voor de mannen als de vrouwen met de leeftijd toe, voor de vrouwen zelfs van 3% in de leeftijdsgroep van 25-34 jaar tot 12% in de leeftijdsgroep van 65-74 jaar. Pas met een leeftijd van omstreeks de 75 jaar kwam hierin verandering. Waarschijnlijk werd dit verschijnsel beïnvloed door hogere sterfte in deze leeftijdsgroep.

Een mogelijke verklaring voor de oververtegenwoordiging van oudere patiënten is dat hulpverleners bij hun oordeel over ontslag en vervangende zorg betere kansen zien voor jongere dan voor oudere patiënten.

H9: Naarmate lang opgenomen patiënten ouder zijn, komen zij minder in aanmerking voor vervangende zorg.

Een andere reden voor de grotere doorstroming van jongere patiënten zou kunnen zijn dat oudere patiënten ook zelf veel minder de wens te kennen geven om van verblijfplaats te veranderen.

H10: Naarmate lang opgenomen patiënten ouder zijn, hebben zij minder de wens om het psychiatrisch ziekenhuis te verlaten.

Uit bovengenoemd registeronderzoek bleek tevens dat de nieuwe langverblijvende mannen in vergelijking met het totale opnamecohort 1973 vaker:

- ongehuwd waren,
- opgenomen werden krachtens een rechterlijke machtiging of strafrechtelijke maatregel (< 65 jaar), en
- vóór de opname in een andere psychiatrische instelling verbleven.

De nieuwe langverblijvende vrouwen bleken vaker:

- uit de oudere leeftijdsgroepen geselecteerd te zijn,
- ongehuwd en gescheiden (> 65 jaar) te zijn,
- voor opname bij het ouderlijke gezin te wonen,
- opgenomen te zijn krachtens een rechterlijke machtiging,
- voor de opname in een andere psychiatrische instelling te verblijven.

H11: Als lang opgenomen patiënten via een civiel- of strafrechtelijke procedure in het psychiatrisch ziekenhuis verblijven, komen zij minder voor vervangende zorg in aanmerking dan patiënten die daar - juridisch gezien - vrijwillig verblijven.

Geen belangrijke verschillen werden gevonden tussen lang opgenomen patiënten en het opamecohort voor kenmerken als opleiding, nationaliteit en urbanisatiegraad van de woongemeente.

Met het verblijf van mannen vóór de opname in andere psychiatrische instellingen wordt op een andere belangrijke factor gewezen, namelijk de opnameduur. Zo vonden Pokorny e.a. (1976) en Rosenblatt & Mayer (1974) dat de opnameduur in het verleden de beste voorspeller is voor "chronische hospitalisatie" van patiënten in de toekomst. In verschillende onderzoeken bleek dat met de duur van het verblijf in het psychiatrisch ziekenhuis de kansen voor de patiënt op ontslag en verblijf in de maatschappij geringer werden (zie Paul en Lentz, 1977).

H12: Naarmate patiënten langer in het psychiatrisch ziekenhuis verblijven, komen zij minder in aanmerking voor vervangende zorg.

Demografische variabelen als geslacht, leeftijd, burgerlijke staat, maar ook lengte van verblijf en de juridische status daarvan, zijn gezien het bovenstaande, onderdeel van het onderhavige onderzoek.

6.1.6. Attitude van patiënten t.a.v. ontslag

Test & Stein (1977) stellen dat ".... chronically disabled patients demonstrate powerful dependency needs which were frequently expressed as an aggressive dependency on family or institutions". In een andere publicatie (1978) schrijven zij dat "chronisch psychiatrische patiënten" perceive themselves as quite helpless and thus requiring massive support from families or institutions to survive. When this support is threatened, they frequently develop severe psychopathology". Voor een aantal lang opgenomen patiënten is het bedreigend om de instellingsafhankelijkheid te vervangen door een meer zelfstandig en zelfredzaam leven buiten de instelling. De beschutting en de verzorging van het psychiatrisch ziekenhuis vallen dan weg, en tevens de contacten die men in de jaren met andere patiënten heeft opgebouwd. Dat betekent dat men plaats en aanzien die men zich binnen de afdeling heeft weten te verwerven, moet inwisselen tegen eventueel minder sociaal aanzien in de maatschappij. Volgens Wing (1962) bestaat er een duidelijk verband tussen de verblijfsduur en de ontslagattitude van de patiënt. Met de verblijfsduur daalt in het algemeen het verlangen van patiënten om ontslagen te worden. Desgevraagd bleken tussen de 26 en 33% van de patiënten die 2 tot 5 jaar in het psychiatrisch ziekenhuis verbleven, onverschillig of negatief te staan tegenover eventueel ontslag uit de instelling. De desbetreffende cijfers voor de verblijfsduurgroep van 10 tot 20 jaar lagen tussen 50 en 59%. De groep met de langste verblijfsduur (> 20 jaar) was met 73 tot 80%

tevens het meest onverschillig of negatief over een eventueel ontslag. Alhoewel de minder gehandicapte patiënten een positievere houding hadden ten aanzien van ontslag, kon ook bij hen de relatie tussen verblijfsduur en ontslagattitude worden vastgesteld. De resultaten van dit onderzoek werden nog eens bevestigd door Freeman e.a. (1965).

Zowel de verschillen in de voorzieningen en de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg tussen Groot-Brittanië en Nederland, als ook de veranderingen die in de afgelopen 20 jaar in de psychiatische zorg hebben plaatsgevonden maken het wenselijk om de vraag naar de relatie tussen verblijfsduur en houding ten aanzien van ontslag te stellen.

H13: Naarmate patiënten langer in een psychiatrisch ziekenhuis verblijven, hebben zij minder de wens om ontslagen te worden.

Ook wordt verwacht dat patiënten die zeer lang zijn opgenomen de leefsituatie binnen de instelling positiever beleven dan patiënten die minder lang in een psychiatrisch ziekenhuis verblijven.

H14: Naarmate patiënten langer in een psychiatrisch ziekenhuis verblijven, is hun houding positiever ten opzichte van de afdeling en instelling.

6.2. Afdelings- en instellingsfactoren

De wens van de patiënt om de instelling te verlaten hangt onder andere af van zijn of haar beleving van de directe leefomgeving (de medepatiënten, het personeel, het comfort van wonen en slapen en de activiteiten van bezig zijn en vrije tijd). Een negatieve beleving zal zich - zo is de veronderstelling - meer uiten in de wens tot ontslag, een positieve beleving meer in een voortzetting van het huidige verblijf.

H15: Naarmate de houding van lang opgenomen patiënten positiever is ten aanzien van de afdeling en instelling, zullen zij minder de wens hebben om ontslagen te worden.

Kish e.a. (1975) constateren tevens een relatie tussen het behandelingsbeleid op de afdeling en de houding van de patiënt ten aanzien van ontslag. Naar aanleiding van een door hun uitgevoerd vergelijkend onderzoek bij een aantal psychiatrische afdelingen menen zij dat patiënten die voelen dat eigen initiatief op de afdeling beloond wordt, eerder geneigd zijn om het psychiatrisch ziekenhuis te verlaten dan patiënten die menen dat zelfstandig gedrag niet gewaardeerd wordt.

Anderen zijn van mening dat langverblijvende patiënten in het algemeen positief tegenover ontslag staan, maar dat de zorgprogramma's veelal niet of inadequaat bij deze attitude aansluiten (Wing, 1966). In dit verband wordt vooral door de "Maudsley-school" (Wing, Bennett, Freudenberg, Brown) gewezen op het conceptuele verschil tussen behandeling (het reactiveren van psychologische functies en persoonlijke vaardigheden) en rehabilitatie ("a transitional phase with a community orientation, and finally a phase of community integration," Bennett, 1983). Uit een definitie van Lamb (1979) blijkt dat rehabilitatie-activiteiten gericht zijn op concreet rolgedrag buiten de instelling, namelijk: "to raise the level of their social and vocational functioning, to help integrate them into community life, and to give them identities of citizen, worker, or student rather than simply that of mental patient". Watts (1983) citeert in dit verband een onderzoek van Walker & McCourt (1965) waarbij geen verband werd gevonden tussen de patiënten die in het ziekenhuis werkten (arbeidstherapie) en patiënten die na het ontslag werk hadden gevonden.

De huidige zorgprogramma's voor langverblijvende patiënten bestaan vooral uit de zgn. activiteitentherapieën, namelijk arbeids-, bezigheids- en creativiteitstherapie. Alhoewel de doelstellingen van deze zorg niet altijd even duidelijk zijn, bestaat de indruk dat de activiteiten eerder gericht zijn op het zinvol

bezighouden van patiënten binnen de instelling dan op rehabilitatie. Okin (1983) merkt hierover op: "Veel van deze programma's beperken zich tot een klein gedeelte van de dag en zijn vaak eerder bedoeld om hem of haar bezig te houden dan om vaardigheden aan te leren die relevant zijn voor het leven buiten de muren van de instelling. Houtsnijwerk, pottenbakken en het werken met papier-mâché zijn interessante en soms nuttige activiteiten voor bepaalde patiënten, maar voor anderen dragen zij alleen bij tot de onwerkelijkheid van het instituutleven. Het isoleert hen nog meer van de "buitenwereld" en onthoudt hun de vaardigheden die ze nodig zullen hebben om daaraan deel te nemen. Ook in de psychiatrische ziekenhuizen waar wel geprobeerd wordt om de patiënten de vaardigheden te leren die zij buiten nodig zullen hebben (zoals koken, gebruik van wasserette, omgaan met geld, boodschappen doen e.d.), zijn deze pogingen slechts beperkt zinvol, omdat deze vaardigheden binnen de instelling nauwelijks in praktijk gebracht kunnen worden".

Anderen zoeken de belemmeringen voor ontslag niet in de inhoud van de zorg, de programma's, maar eerder in a-specifieke zorgfactoren zoals de motivatie van medisch, sociaal-wetenschappelijk en verpleegkundig personeel om zich voor ontslag van patiënten in te zetten (Chien & Sharaf, 1971; Schudel, 1976).

Ook wordt gewezen op organisatiestructuren die de doorstroming van patiënten zouden belemmeren. Zo wordt uit vele studies (Wilensky & Lebeaux, 1965; Magaro & Giardina, 1971; Greenblatt e.a., 1971; Bachrach, 1976) geconcludeerd dat decentralisatie van de organisatiestructuur in belangrijke mate bijdraagt tot een betere reïntegratie van personen in het leven buiten de instelling. In Nederland is door Wennink en Zuillhof (1984) verslag gedaan van een evaluatie-onderzoek naar de consequenties van decentralisatie in de vorm van sociowoningen aan de rand van het terrein van een psychiatrisch ziekenhuis. Onderscheiden worden enerzijds, in negatieve zin, terugtrekgedrag en anderzijds, in positieve zin, reïntegratie. Deze reïntegratie wordt conceptueel onderverdeeld in vier soorten activiteiten: zelfredzaamheid, ondernemende, huishoudelijke en sociale activiteiten.

Door Van der Zwaan (1982) is een onderzoeksmethode geschetst en binnen één psychiatrisch ziekenhuis toegepast waarbij effecten van decentralisatie op de doorstroming gemeten worden en structuurele belemmeringen voor de doorstroming herkenbaar worden. Andere auteurs wijzen erop dat decentralisatie een onvoldoende voorwaarde is voor grotere doorstroming als daaraan niet tevens een op ontslag gericht behandelingsbeleid gekoppeld is (Libera-kis, 1981; Presly e.a., 1982).

H16: Als voor lang opgenomen patiënten door het behandelend personeel wordt aangegeven dat de zorg niet meer gericht is op ontslag, dan zullen deze patiënten zelf minder de wens hebben om ontslagen te worden dan patiënten waarvoor de zorg wel op ontslag is gericht.

In Nederland kan in dit verband worden gewezen op de trend om leefgroepen van langverblijvende patiënten te formeren die in aan elkaar gekoppelde laagbouweenheden wonen en slapen. Decentralisatie wat betreft locatie, beheer en organisatie is dan enigszins gerealiseerd, hetgeen echter niet hoeft te betekenen dat ook een grotere doorstroming plaatsvindt. De decentralisatie kan ook heel bewust in de functie-eenheid of cluster "langdurig beschut wonen" worden gerealiseerd.

Orme (1973) noemt daarnaast de neiging van bestuurders en behandelend personeel om patiënten naar soortgelijke beheers- en zorgbehoeften in te delen en te behandelen. Hij schrijft: "It is worth noting that long-stay wards tend to be made up of patients of similar management problems. Thus, the withdrawn and deteriorated patients are to be found together. One result of this practice is that mutual stimulation is minimal. It can be argued that chronic withdrawn patients can participate more effectively if given the appropriate stimulation by grouping the patients in an heterogeneous rather than homogeneous manner in this respect (Spohn & Wolk, 1966)". In een vergelijkend onderzoek bij een viertal Nederlandse psychiatrische ziekenhuizen hebben Scholte en Uffing (1982) een poging ondernomen om onder andere deze veronderstelling te toetsen.

H17: Naarmate de doorstroming van medepatiënten op de afdeling groter is, komen lang opgenomen patiënten meer in aanmerking voor vervangende zorg.

6.3. Gezins- en huisvestingsfactoren

Bij de beschrijving van enkele demografische kenmerken van langverblijvende patiënten in psychiatrische ziekenhuizen viel op dat het merendeel van deze patiënten ongehuwd is. Dat geldt zowel voor diegenen die al zeer lang zijn opgenomen als voor de zgn. "nieuwe langblijvers" (Giel, 1978; Haveman, 1980c). Giel verklaart dit verschijnsel door de directe relatie die er tussen burgerlijke staat en de diagnosegroepen bestaat. De diagnose oligofrenie en schizofrenie is volgens hem ten nauwste verbonden met het ongehuwd zijn, dementie vooral met de weduwstaat of gehuwd zijn.

De verklaring voor deze verschillen tussen de twee genoemde diagnosegroepen ligt vooral bij het startpunt van de psychische problemen en handicaps. Voor diep geestelijk gehandicapten speelt het probleem in de meeste gevallen al vanaf de geboorte, bij schizofrene patiënten worden premorbide factoren (Farina e.a., 1962; Klein & Klein, 1968) of primaire handicaps (Wing, 1967) meestal gesignaleerd in de adolescentiefase, en bij dementie pas vanaf het senium. Laatstgenoemden hebben aldus veel meer kansen gehad om serieus mee te dingen op de huwelijksmarkt dan eerstgenoemden. Ook de sociale druk die veelal van gezins- en familieleden uitgaat om naar huis terug te keren, kan een verklaring zijn, waarom betrekkelijk weinig gehuwde mannen en vrouwen lang in een psychiatrisch ziekenhuis verblijven. Al zijn de relaties tussen de echtgenoten belast door negatieve ervaringen voor of tijdens de opname (Hatfield, 1978), dan nog blijkt van dit primaire systeem in het algemeen een druk uit te gaan om de opname te beëindigen. Meyers (1977) wijst in dit verband ook op de binding van opgenomen moeders met de kinderen in de thuissituatie.

Er is echter weinig aanleiding om de ervaringen vanuit eerste of incidentele opnemingen te projecteren op de opvangsituatie van lang of zeer frequent opgenomen patiënten. Vooral bij de oudere langdurig zorgafhankelijke patiënt lijken het gezin en de familie slechts een beperkte rol te spelen. Desondanks wordt een positief verband verondersteld tussen de aanwezigheid van een thuismilieu en de indeling voor vervangende zorg.

H18: Naarmate het thuismilieu van lang opgenomen patiënten vollediger is, komen zij eerder in aanmerking voor vervangende zorg.

Voor de jongere langdurig zorgafhankelijke patiënten liggen de sociale beperkingen minder in de structuur van het primaire milieu besloten, maar meer in de draagkracht en tolerantie van gezins- en familieleden ten aanzien van afwijkend gedrag over een langere periode. Hatfield (1978) heeft in een onderzoek een aantal gezinnen gevraagd om aan te geven met welke gedragingen van patiënten men het meeste moeite had. Heel vaak werden ernstige gebreken genoemd bij het vervullen van bepaalde taken zoals grote problemen in de zelfverzorging (verwaarlozing, ADL), onbekwaam zijn in het hanteren van geld, en het onvermogen om voor de nabije toekomst concrete plannen te maken. Op de tweede plaats werd door de gezinnen het introduceren van vreemde gewoonten genoemd zoals ongebruikelijke eet- en slaapgewoonten, maar tevens de neiging om ruzie te zoeken, en onachtzaamheid en vernieling bij het gebruik van dingen in het huis. De gezins- en familieleden waren vaak erg onzeker door bizarre psychiatrische symptomen zoals vervolgingswaan, het horen van stemmen en het met zichzelf spreken. Ook wist men veelal geen raad met de suïcidedreigingen. Soortgelijke bevindingen worden ook gemeld door Creere e.a. (1982) naar aanleiding van een onderzoek naar de rol van familieleden bij de opvang van langdurig psychisch gestoorde personen. Als de gezinnen door de opname van betrokkene in een rustiger vaarwater zijn gekomen, dan bestaat natuurlijk het gevaar dat voor rust en een stabiel en voorspelbaar leefpatroon wordt geko-

zen en niet voor de kans op onrust, instabiliteit en onvoorspelbaar gedrag van de patiënt. Met andere woorden, men staat afwerend of sterk ambivalent tegenover ontslag en acceptatie van betrokkene binnen het gezin.

H19: Naarmate het thuismilieu van lang opgenomen patiënten een negatievere houding inneemt tegenover eventueel ontslag naar de thuissituatie, komen de patiënten minder voor vervangende zorg in aanmerking.

Maar ook aan de kant van de jonge langdurig zorgafhankelijke patiënten zelf vindt een ontwikkeling plaats die Silverman (1971) beschrijft als "a drift away from living at home" met als kenmerk: geen vaste woonomgeving, maar verschillende woonsituaties en korte klinische contacten.

Een dergelijk patroon was herkenbaar bij een groep frequent opgenomen patiënten die met een gemiddelde leeftijd van 39 jaar betrekkelijk jong was (Haveman, 1980b). Ruim de helft van deze patiënten woonde vóór de eerste opname in het ouderlijk of eigen gezin. Na 3 à 4 jaar was dit aandeel geslonken tot éénderde. In deze periode bleek 33% van de gehuwde mannen en 13% van de gehuwde vrouwen inmiddels gescheiden te zijn. Het lijkt dat met name de frequent opgenomen mannen door psychische en alcohol-/drugproblemen een zware wissel trekken op hun directe sociale omgeving. Voor de gehuwden kan dit resulteren in echtscheiding. Deze gescheiden personen woonden dan ook voor de laatste heropname zelfstandig en wisselden vaak van huisvesting.

Robbins e.a. (1978) beschrijven deze groep als de "unwelcome patients" die zich niet aan de normen van het gezin en de gemeenschap kunnen aanpassen, maar die ook niet langdurig in een psychiatrisch ziekenhuis verblijven. Deze personen zijn vaak zonder vaste verblijfplaats, daar pensions en sleep-ins hun niet kunnen en willen herbergen, omdat het gedrag storend is voor andere bewoners. Schwartz en Goldfinger (1981) merken op dat bij deze patiënten niet al te veel aan ondersteuning door gezin of familie verwacht mag worden. De meeste patiënten zijn inmiddels vervreemd

van hun familie, en kunnen of willen in perioden van crisis niet meer naar hun primaire milieu terugkeren.

Verschillende auteurs (Mannoni, 1974; Talbott, 1979; Armstrong, 1979; Pepper e.a., 1981) wijzen dan ook op het verschijnsel van frequente heropnemingen bij gebrek aan een adequaat onderkomen en hulp als men dat nodig heeft. Pepper e.a. menen dat er vooral een gebrek bestaat aan zorgverleners in tussenvoorzieningen die het gedrag van deze patiënten kunnen hanteren. "Finally, placements in residential facilities are often precluded by the very behaviours we might want to treat. Given the patients' frequent history of drug abuse, alcoholism, selfdestructive behavior, and acting-out, typical half-way houses and other residential placements are unwilling to accept many of these patients" (Pepper e.a., 1981). Dergelijke kanttekeningen kunnen ook ten aanzien van de Nederlandse situatie worden geplaatst. Bij kleinschalige voorzieningen zoals beschermende woonvormen, waar de bewoners zelf zonder al te veel begeleiding langdurig op elkaar zijn aangewezen, is het mogelijk dat een aantal criteria tot opname worden gehanteerd die een verblijf uitsluiten. Welke criteria en hoeveel, dat zal in belangrijke mate afhangen van de kwetsbaarheid van de instelling, het soort en aantal personeelsleden, de samenstelling van de bewonersgroepen, en de opvattingen van leiding en personeel.

In een landelijk onderzoek bij 110 beschermende woonvormen (Have-
man, 1982a) werd aan de leiding van deze instellingen gevraagd, welke factoren een verblijf uitsluiten. Door ruim tweederde van de instellingen werden 5 of meer opname-uitsluitende criteria genoemd. De meeste restricties speelden ten aanzien van diep-
zwakzinnigen (93%), drugsmisbruik (85%), alcoholisme (75%), leeftijd ouder dan 55 jaar (63%), acting-out gedrag (55%) en geringe zelfredzaamheid (52%).

Aan zowel de structurele als houdingskenmerken van familie/gezin wordt in het kader van het onderhavige onderzoek aandacht be-
steed. Centraal staat natuurlijk ook het thema van geschikte huisvesting. Zo zijn er aanwijzingen dat vooral de langer opgeno-
men patiënten na ontslag niet meer terug kunnen keren naar hun

oorspronkelijke woonsituatie. Van den Hout (1985) vond in zijn onderzoek dat meer dan 80% van de ontslagen patiënten weer daar gaat wonen waar men voor de opname verbleef. De patiënten die betrekkelijk lang waren opgenomen, bleken hierop echter een uitzondering te vormen. Beschikbare en geschikte huisvestingsfaciliteiten zijn dan ook van essentieel belang voor de groep van lang opgenomen patiënten om voor ontslag in aanmerking te komen (Mann & Sproule, 1972; Christie Brown e.a., 1977). Wel geven nogal wat patiënten de voorkeur aan samenwonen met andere ex-patiënten (Vetter, 1985), omdat zij vrezen anders buiten de instelling in een sociaal isolement te geraken en te vereenzamen.

Niet alleen het gemis aan huisvesting, ook de structuur, de organisatie en het huidige aanbod van geestelijke gezondheidszorg kan van invloed zijn geweest op de oordeelsvorming van hulpverleners, maar was niet het onderwerp van onderzoek. Zo werden in dit onderzoek aan de hoofdbehandelaar geen vragen gesteld over de ervaringen met de nazorg van lang opgenomen patiënten. Toch kunnen zowel positieve als negatieve ervaringen van hulpverleners met andere ggz-voorzieningen (Riagg, beschermende woonvormen, polikliniek, dagbehandeling, sociowoningen e.d.) medebepalend geweest zijn voor hun oordeel over vervangende zorg. Daarbij kan aan een veelvoud van vragen worden gerefereerd: zijn de bedoelde vervangende zorg-vormen in de regio aanwezig, is er nog plaats, welke intake-indicaties worden door deze instellingen gehanteerd, hoe soepel verloopt de samenwerking op hulpverlenersniveau, heeft men wel vertrouwen in de geboden zorg, wordt dagactivering bij deze instellingen flexibel maar goed gestructureerd aangeboden, hoe is de crisisopvang 's nachts of in het weekend geregeld, welke aandacht wordt gegeven aan gestructureerde vrijetijdsbesteding, e.d.?

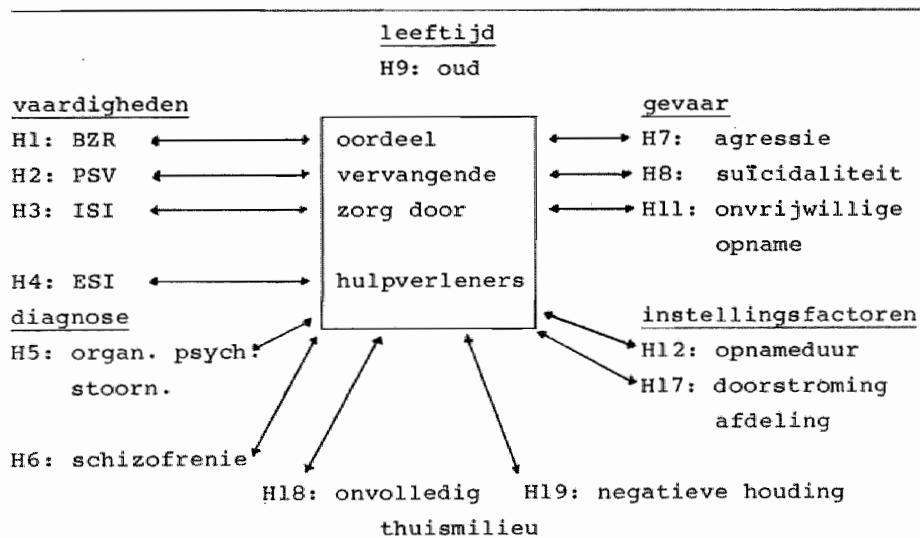
Daarnaast is bij de keuze van de variabelen een ander systeem-aspect, namelijk de financiering van de zorg en het inkomen van patiënten op basis van sociale verzekeringen, buiten beschouwing gelaten. Toch is het mogelijk dat een afweging plaatsvindt mede op basis van financiële zekerheid. Het is denkbaar dat zowel de

behandelaar als de patiënt zelf zich de vraag stelt, of de overgang naar een meer zelfstandig leven gepaard gaat met een verhoging van het te besteden budget, waardoor het daadwerkelijk mogelijk wordt om bijvoorbeeld boodschappen te kunnen doen, uit te gaan en met openbaar vervoer te reizen.

Resumerend:

In dit onderzoek wordt verwacht dat zowel de vaardigheden van de patiënt, de gestelde diagnose, de leeftijd, het gevaar voor zichzelf of anderen, het thuismilieu als ook enkele instellingsfactoren van invloed zijn op het oordeel van hulpverleners, om lang opgenomen patiënten wel of niet in aanmerking te laten komen voor vervangende zorg. De geformuleerde hypothesen kunnen als volgt schematisch worden weergegeven:

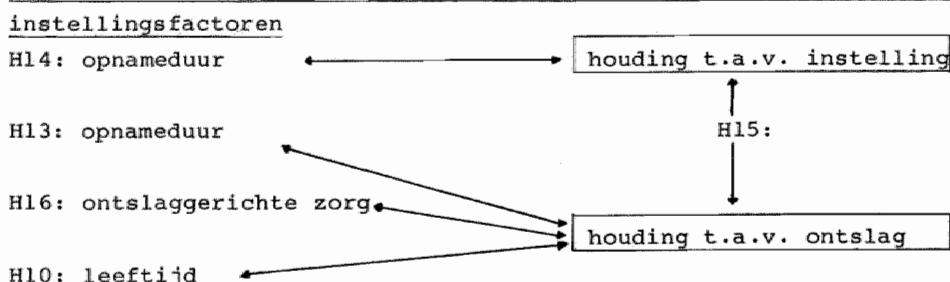
Schema 8: Veronderstelde relaties van onafhankelijke variabelen met de criteriumvariabele "oordeel vervangende zorg"



Daarnaast werd in de vorm van een vijftal hypothesen een verband verondersteld tussen enkele instellingsfactoren, maar tevens leeftijd, en de houding van patiënten (schema 9). In de inter

views met de patiënten werd daarbij alleen gevraagd naar de houding tegenover de afdeling en naar de houding ten aanzien van een eventueel ontslag.

Schema 9: Veronderstelde relaties van instellingsfactoren en leeftijd met de houding van de patiënt.



De resultaten voor de enkelvoudige hypothesen worden besproken in hoofdstuk 12. In dat hoofdstuk is tevens een poging ondernomen om met behulp van een multivariaat model de gezamenlijke invloed te bestuderen van een 9-tal factoren op het oordeel van hulpverleners over ontslag.

7. Operationalisering en vragenlijsten

Bij de meeste van de genoemde variabelen spelen beoordelingsmomenten een rol, waarvoor ten behoeve van een goede uitvoering specifieke deskundigheid en bekendheid met de patiënt vereist is. Redelijkerwijs mag verwacht worden dat de hoofdbehandelaars en de meest betrokken verplegers of verzorgers deze deskundigheid over en bekendheid met de patiënt zullen bezitten.

Per patiënt c.q. bewoner werd gebruik gemaakt van een drietal vragenlijsten, waarvan de eerste twee door de hulpverleners waren ingevuld en de derde lijst mondeling bij de patiënt c.q. bewoner was afgenomen. De vragenlijsten werden aldus benoemd:

- VOL I: Vragenlijst Onderzoek Long-stay I
invuller(s): psychiater, psycholoog of maatschappelijk werker;
- VOL II: Vragenlijst Onderzoek Long-stay II
invuller(s): B-verpleegkundige of aanverwante functies;
- VOL III: Vragenlijst Onderzoek Long-stay III
invuller(s): externe interviewer (B-verpleegkundige) op basis van informatie van patiënt/bewoner.

7.1. Vragenlijst Onderzoek Long-stay I (VOL I)

De VOL I bestond uit 27 vragen (zie bijlage 1). Met uitzondering van enkele open vragen waren alle vragen geprecodeerd en in de meerkeuzevorm gesteld. Met de VOL I werden de volgende variabelen gemeten:

- verblijfsduurgroep, psychiatrische hoofddiagnose,
- datum van laatste opname, leeftijd, geslacht,
- burgerlijke staat, juridische situatie nu, lichamelijke ziekte of handicap en
- lichamelijke invaliditeit (beperkingen in de functies zien, horen, spreken en lopen).

Daarnaast werd een aantal vragen geformuleerd om de attitude en inzet van het afdelingspersoneel ten aanzien van ontslag van de patiënt (vraag 15 t/m 19, 21, 22) te meten. Deze variabelen kwamen in dezelfde formulering ook in de VOL II aan de orde. Dit bood mogelijkheden om de meningen en attitudes van psychiaters c.s. met die van verpleegkundigen c.s. te vergelijken. Een aandachtspunt in de VOL I was ook het beschikken over een thuismilieu (familie, gezin, e.d.) en de houding van het thuismilieu ten aanzien van een eventuele thuisplaatsing.

Voor de psychiatrische dagziekenhuizen en beschermende woonvormen werd een versie van de VOL I gehanteerd die slechts op enkele punten afweek van de VOL I voor a.p.z.-en. Wel werd in de fase van gegevensverwerking rekening gehouden met de items van deze vragenlijst die of voor één of voor beide soorten instellingen minder relevant waren of een andere betekenis kregen.

7.2. Vragenlijst Onderzoek Long-stay II (VOL II)

De VOL II bestond uit 72 vragen (zie bijlage 2), die voor een adequate beantwoording goede bekendheid met de patiënt/bewoner veronderstelden. Voor alle voorzieningensoorten werd één en dezelfde vragenlijst (VOL II) gehanteerd. Op het dekblad van de vragenlijst stond vermeld dat de antwoorden uitsluitend betrekking dienden te hebben op de situatie van patiënten/bewoner over de afgelopen vier weken (tenzij anders vermeld). Met uitzondering van één vraag waren alle vragen geprecodeerd en in de meerkeuzevorm gesteld.

Het merendeel van de vragen van de VOL II, namelijk 55, had betrekking op zes index-variabelen:

- a) basale zelfredzaamheid
- b) agressie
- c) interne sociale integratie
- d) suïcidegeneigdheid
- e) potentieel sociale vaardigheden
- f) externe sociale integratie

ad a: Naar aanleiding van de validiteits- en betrouwbaarheids-toetsing in het vooronderzoek (hoofdstuk 8) werd "basale zelfredzaamheid" gemeten door een 14-tal items van de subschalen "hulpbehoevendheid" en "lichamelijke invaliditeit" van de Beoordelingsschaal voor Oudere Patiënten (BOP).

ad b: Tevens werd verondersteld dat 4 items van de subschaal "agressiviteit" van de BOP "agressie" bij lang opgenomen patiënten meten.

ad c: Daarnaast werd van 6 items van de BOP aangenomen - waarvan 5 uit de subschaal "inactiviteit" - dat zij een indicatie zijn van de mate van aanpassing van patiënten binnen de instelling. Door deze items wordt vooral de contactfrequentie en -intensiteit van de patiënt met gebeurtenissen en personen binnen de instelling weergegeven. Dit verschijnsel zal in het vervolg "interne sociale integratie" worden genoemd.

ad d: Met behulp van twee vragen werd tevens een poging ondernomen om het aspect "suïcidaliteit" te meten. Het ene item had betrekking op het aantal suïcidedreigingen, het andere item op het aantal suïcidepogingen in de afgelopen drie maanden. Het fenomeen "automutilatie" is bij de formulering van deze items buiten beschouwing gebleven.

ad e: Potentieel sociale vaardigheden zijn vaardigheden die van belang zijn om zelfstandig buiten de instelling te kunnen leven. In dit verband werden 4 items geformuleerd die betrekking hebben op het in staat zijn van mensen om zelfstandig van het openbaar vervoer gebruik te maken, een eenvoudige maaltijd te bereiden, boodschappen te doen, en iemand op te bellen. Zoals in de handleiding voor het invullen van deze items was aangegeven, veronderstelt elk van deze vaardigheden wederom het adequaat uitvoeren van deelhandelingen, zoals bijvoorbeeld het beheren en besteden van geld en communicatie met anderen in de rol van consument van goederen en diensten.

Aan de beoordelaars werd gevraagd niet het daadwerkelijk vertoonde gedrag van patiënten/bewoners aan te geven, maar de ingeschatte mogelijkheden van betrokkenen tot het uitvoeren van het omschreven gedrag.

ad f: Met externe sociale integratie wordt bedoeld de daadwerkelijke contactfrequentie en -intensiteit van de patiënt/bewoner met gebeurtenissen en personen buiten de instelling. Aan de hand van 20 items werd gevraagd naar activiteiten als telefoneren, schrijven, brieven ontvangen, anderen bezoeken, bezoek krijgen, vacantie, vrije-tijds activiteiten buiten het terrein van de instelling, maar ook bijvoorbeeld krant lezen en televisie kijken.

7.3. Vragenlijst Onderzoek Long-stay III

Met de VOL III werd een poging ondernomen om bij de patiënt zelf de houding ten aanzien van eventueel ontslag te meten, als ook de houding ten aanzien van de afdeling/instelling waar betrokkene verblijft.

De volgende a priori eisen werden aan de te ontwikkelen vragenlijst gesteld:

- begrijpelijk voor de meeste bewoners/patiënten
- kort
- hanteerbaar in de drie voorzieningensoorten
- vergelijkbaar tussen de drie voorzieningensoorten
- efficiënt in de verwerking van de gegevens.

Getracht werd een meetinstrument te construeren, waarbij de begrijpelijkheid van de vragen voor de respondent optimaal was. Na verschillende proefversies werd uiteindelijk gekozen voor een geprecodeerde interviewlijst in boekvorm met per bladzijde één vraag met 4 antwoordmogelijkheden (bijlage 3). Tien vragen van de VOL III hadden betrekking op de houding ten aanzien van ontslag en 15 vragen op de houding ten aanzien van de afdeling c.q. instelling.

In het vooronderzoek bleken de twee houdingsindices voldoende geldig en betrouwbaar te zijn. De steekproef waaraan dit werd getoetst, was echter klein (N = 33) en bleef beperkt tot patiënten van psychiatrische ziekenhuizen.

7.3.1. VOL III: versie psychiatrische dagziekenhuizen en beschermende woonvormen

Tijdens het vooronderzoek bleek dat de formulering van bepaalde items niet altijd even goed paste in de beleavingswereld van enkele tientallen eveneens aan het vooronderzoek deelnemende bewoners van aan het PMS Vijverdal verbonden beschermende woonvormen.

Zo is bijvoorbeeld binnen de beschermende woonvormen geen sprake van afdelingen, zodat dit woord bij bewoners van deze instellingen in vragen niet gebruikt kan worden. Omdat de VOL III echter in alle voorzieningensoorten afgenomen moest kunnen worden, waren sommige vragen met betrekking tot de afdeling geherformuleerd op instellingsniveau. Deze aanpassingen werden door de interviewer aan de hand van een toelichting telkens voorafgaand aan de betreffende interviews in de vragenlijst aangebracht. Bij het

drukken van de VOL III kon zo met één standaardversie worden volstaan. De schriftelijke toelichting ging tevens in op begrippen, die tot meer interpretaties van het item aanleiding zouden kunnen geven.

Om enige informatie te verkrijgen omtrent de situatie, waarin het vraaggesprek zich heeft afgespeeld, was de interviewer gevraagd na afloop van elk interview een evaluatieformulier in te vullen. In dit evaluatieformulier werden 8 geprecodeerde vragen gesteld naar de toestand van de patiënt/bewoner tijdens het interview en enige open vragen naar storende invloeden op de interviewsituatie. Tot slot werd de tijdsduur van het interview genoteerd. Het evaluatieformulier werd in ongewijzigde vorm zowel in het vooronderzoek als het landelijk onderzoek toegepast.

8. Ontwikkeling en toetsing van de indices van de VOL II

Het vooronderzoek werd in de periode september 1983 t/m februari 1984 uitgevoerd in het Psychomedisch Streekcentrum Vijverdal te Maastricht en had betrekking op 212 patiënten van zogenaamde long-stay afdelingen. Van deze patiënten was 50% langer dan 5 jaar opgenomen (z.l.o.p.), 23% twee tot vijf jaar (l.o.p.-c.) en was 5% lang maar discontinu opgenomen (l.o.p.-dc.). De overige 22% had een kortere verblijfsduur en voldeed dus niet aan de l.o.p.-omschrijving. Omdat in het P.M.S. Vijverdal behoefte bestond aan terugkoppeling van gegevens op afdelingsniveau, zijn in het vooronderzoek ook de gegevens van de niet-l.o.p. verwerkt en geanalyseerd (Haveman & Poelijoe, 1984).

Voor 208 patiënten (98%) werd een eerste versie van de VOL II ingevuld en geretourneerd. Deze groep patiënten bestond voor 53% uit personen ouder dan 55 jaar en was voor 60% samengesteld uit vrouwen.

De doelstelling van dit vooronderzoek was tweeledig. Het was een eerste test van een tweetal onderzoeksinstrumenten, de VOL II en VOL III. Tevens was het een waardevolle oefening ten aanzien van de onderzoeksorganisatie. Onder het laatste wordt verstaan: de introductie van het onderzoek bij de instelling, de procedures

van gegevensverzameling, de verwerking en analyse van de gegevens, en niet te vergeten - de confrontatie met een aantal administratieve procedures die veel tijd eisen maar essentieel zijn voor onderzoek zoals het verzenden van stukken, de monitoring van geretourneerde vragenlijsten, het rappeleren bij non-respons, het opbergen en classificeren van literatuur, het drukken van vragenlijsten, het aantrekken van interviewers, de financiering van de interviewers, en de organisatie van intern en extern overleg over het onderzoek.

Na \pm 3 maanden werd bij 148 patiënten de invulling van de VOL II herhaald, maar dan door een andere beoordelaar. Het aantal patiënten op het tweede meetmoment (december '83/januari '84) was kleiner dan bij de eerste meting, omdat bij enkele afdelingen alleen elke tweede patiënt nogmaals werd gescoord om de arbeidsbelasting voor het onderzoek niet te groot te laten worden.

8.1. Validiteitscontrole van indices

8.1.1. De Beoordelingsschaal voor Oudere Patiënten (BOP)

Van de 72 items van de VOL II zijn 35 integraal afkomstig uit de BOP. De BOP is de Nederlandse versie van de Stockton Geriatric Rating Scale en werd door Van der Kam, Mol en Wimmers (1971) in ons land geïntroduceerd voor het meten van de hulpbehoefte van verpleeghuisbewoners. De 35 items van de BOP hebben betrekking op geobserveerd gedrag gedurende een vastgestelde periode en kunnen betrekkelijk snel door verpleegkundig of verzorgend personeel op een ordinale 3-puntsschaal worden gescoord. Alle items zijn in de stellende vorm geformuleerd.

Gezien deze kenmerken was de BOP geschikt om samen met de andere index-variabelen opgenomen te worden in de vragenlijst voor verpleegkundigen (VOL II). Veel belangrijker was dat er tevens aanwijzingen bestonden dat de BOP een geschikt instrument is voor het meten van hulpbehoevendheid van kort (Baas e.a., 1984), maar vooral lang opgenomen psychiatrische patiënten (Offerhaus, 1976; Diesfeldt, 1981; Koopmans e.a., 1982).

Naar aanleiding van een onderzoek bij chronische patiënten merkt Offerhaus als eindconclusie op: "... dat de BOP een valide en relevante vragenlijst is gebleken voor het psychiatrisch inrichtingsmilieu". In vergelijking met een uitgebreide ADL-lijst met 165 items bleek, "... dat slechts ten aanzien van de elementen "zelfstandig wassen" en "zelfstandig aankleden" de ADL eigen en andere informatie aandraagt, in vergelijking met de BOP". Toepassing van de BOP in de psychiatrie is echter niet geheel zonder problemen. Eén probleem is het gemis aan afgrenzing in frequentie en tijd van een aantal antwoordcategorieën. Zo is onduidelijk of twee keer slaan of schoppen in de afgelopen maand als "soms" of "dikwijls" gescoord dient te worden. Vooral in een sector met zeer verschillende verblijfsituaties, variërend van sociowoning tot een verblijfsafdeling voor Korsakow patiënten, en van een therapeutische gemeenschap tot een gesloten afdeling met veel patiënten met agressief gedrag, leidt dit tot inconsistente antwoordpatronen. Beoordeling van gedrag is onder andere afhankelijk van de setting waar het gedrag wordt vertoond en de hulpverlener werkt. Als voorbeeld kan verwezen worden naar de eerste vraag van de BOP:

1 Bedreigt anderen door woord (bijv. "ik zal je krijgen") of gebaar (bijv. vuist schudden).

0 - nooit

1 - soms

2 - dikwijls

Het is denkbaar dat de persoon die dergelijk gedrag in de therapeutische gemeenschap in de afgelopen 4 weken drie keer heeft vertoond, als "dikwijls" wordt gescoord, terwijl hetzelfde gedrag in een gesloten afdeling met het praedicaat "soms" wordt voorzien. Niet alleen de frequentie van het gedrag is dus van belang voor het oordeel, maar ook de kontekst waarin het plaatsvindt (bijvoorbeeld het gedrag van de medepatiënten). Om dit probleem zoveel mogelijk te voorkomen is bij 15 items de periode en/of de frequentie van gedrag gespecificeerd.

Een ander probleem bij het hanteren van de BOP voor psychiatrische patiënten is de scheve verdeling van antwoordscores op enkele items. Gedrag dat bij demente bejaarden vaak voorkomt, zoals incontinentie, oriëntatiestoornissen en dergelijke, is zeldzaam bij lang opgenomen psychiatrische patiënten. Voor een aantal statistische analyses levert dit problemen op. Een mogelijkheid om dit enigszins te ondervangen zonder al te veel te hoeven te veranderen aan de BOP, is het aanhouden van een ruimere periode voor beoordeling of lagere frequenties van het te beoordelen gedrag. Dit is bij 2 items gebeurd (4, 32).

Niet alle subschalen van de BOP waren voor de vraagstelling even relevant. Er is uitsluitend gebruik gemaakt van de subschalen: hulpbehoevendheid, agressiviteit, lichamelijke invaliditeit en inactiviteit. Omdat de BOP voornamelijk geijkt is voor demente bejaarden, maar tevens bij enkele items de frequentie- en tijdmaten zijn toegevoegd, werd de intrinsieke ofwel factoriële validiteit van de subschalen voor de hier bedoelde populatie in het vooronderzoek nagegaan.

De in dit verband uitgevoerde factoranalyse had betrekking op 201 beoordelingen. Van 7 patiënten ontbraken gedeeltelijk de gegevens.

Bij een eerste analyse zonder varimax-rotatie werden 11 factoren onderscheiden met een eigenwaarde groter dan 1. Slechts bij 3 factoren (I, II, IV) kwamen factorladingen van items voor die groter waren dan .50. De items van de volgende BOP-subschalen bleken op Factor I met $> .40$ te laden:

- hulpbehoevendheid (-25, 26, 30, 34; + 35)
- lichamelijke invaliditeit (alle items)
- psychische invaliditeit (alle items)
- inactiviteit (alle items).

Factor II was samengesteld uit zowel items van de subschaal agressiviteit (-5) als ook depressiviteit (-8).

Het onderscheidend vermogen van deze eerste analyse ten aanzien van de BOP-subschalen was dus nog betrekkelijk gering. Vervolgens werd de factormatrix orthogonaal geroteerd volgens de varimax-methode. In bijlage 4 zijn hiervan de resultaten weergegeven.

Aan de linkerkant van de desbetreffende tabel zijn de items per subschaal van de BOP vermeld, terwijl bovenaan 9 van de 11 factoren zijn benoemd. De twee overige factoren hadden geen items met ladingen > .40.

Sommige items van de BOP worden bij dit instrument niet alleen voor de subschaal "hulpbehoevendheid" gebruikt, maar ook voor de subschalen inactiviteit, lichamelijke of psychische invaliditeit. De desbetreffende items zijn gekenmerkt door nummers tussen haakjes.

De subschalen "agressiviteit" (2) en "depressief gedrag" (3^b) van de BOP waren apart herkenbaar als Factor II en Factor IX. Alle desbetreffende items hadden een factorlading van > .50. De subschaal "lichamelijke invaliditeit" viel grotendeels samen met Factor V. "Hulp bij aankleden" (item 31) laadde slechts gering (0.26) op deze factor. Wel bestond gemeenschappelijkheid op inhoudsniveau met het item 33 (speciale voorzieningen voor uit bed vallen), - een item dat in de BOP alleen tot het aspect "hulpbehoevendheid" wordt gerekend.

De vier items voor het meten van "psychische invaliditeit" zijn in de BOP tevens bedoeld voor het meten van "hulpbehoevendheid". In de voorliggende factormatrix was deze subschaal niet apart herkenbaar. De items scoorden zowel bij Factor I als Factor VI, - factoren die veel duidelijker binnen de subschaal "hulpbehoevendheid" benoembaar waren.

Het meest heterogeen in factorstructuur was de subschaal "hulpbehoevendheid" (H). Binnen dit concept konden vijf factoren worden onderscheiden, namelijk:

- H₁ - oriëntatie en lichamelijke redzaamheid (factor I)
- H₂ - incontinentie (factor IV)
- H₃ - basale communicatieve vaardigheden (factor VI)
- H₄ - bizar gedrag (factor VII)
- H₅ - nachtelijke onrust (factor VIII).

Tenslotte bleken op Factor III alleen items te scoren die de participatie van patiënten aan het gemeenschapsleven binnen de instelling aangaven. Het ging daarbij om de volgende items:

- 18 - Is ook buiten de therapie actief (bv. werken, lezen, spelletjes doen, hobbies, met anderen praten).
- 20 - Gaat met één of meer bewoners om.
- 22 - Helpt andere bewoners wel eens ongevraagd een handje (bij wandelen, eten, spel e.d.).
- 23 - Is bereid te doen wat hem/haar gevraagd wordt.
- 27 - Knoopt uit zichzelf een praatje aan met andere bewoners.

Terwijl de eerste vijf "hulpbehoevendheid"-factoren ernstige stoornissen en handicaps in primaire lichamelijke en psychische functies meten, was Factor III vooral samengesteld uit items die sociale activiteiten van de patiënt binnen het instituut aangeven. Verondersteld mag worden dat goede scores op de factoren van basale zelfredzaamheid (H_1-H_5) en lichamelijke invaliditeit (Factor V) een noodzakelijke voorwaarde zijn voor het actief deelnemen aan het sociale leven binnen de instelling (interne sociale integratie).

De 23 items van de subschaal "hulpbehoevendheid" van de BOP (excl. de 5 items van Factor III) en de 2 items van de subschaal "zelfredzaamheid", in het geheel dus 20 items, vormden zo in eerste instantie de index voor basale zelfredzaamheid. Van de vijf items van Factor III werd aangenomen dat deze interne sociale integratie meten. Tevens leek de subschaal "agressiviteit" met haar 5 items een geschikte index.

8.1.2. De intrinsieke validiteit van de VOL II-indices;
gegevens van vijf psychiatrische ziekenhuizen

Op dezelfde manier als de BOP-items, waren ook de andere items van de VOL II voor het aspect suïcidaliteit (2), potentiëel sociale vaardigheden (4) en externe sociale integratie (18) geformuleerd als 3-punts items in een ordinale schaal (zie bijlage 2).

Voor de landelijke gegevens is met behulp van factoranalyse nagegaan of deze items samenhangen met de veronderstelde concepten c.q. indices. Tabel 1 laat de resultaten van de factoranalyse zien na een eerste varimaxrotatie. Voor de 381 patiënten van de psychiatrische ziekenhuizen konden een 14-tal factoren worden onderscheiden met een eigenwaarde groter dan 1. Alleen ladingen >.50 op de factoren zijn in dit overzicht opgenomen.

	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII	XIV	
C -Interne sociale integratie															
15-helpt op de afdeling			0.574												
18-zinvol bezig buiten therapie			0.689												
20-ongaan met 1 of meer bewoners			0.621												
22-ongevraagd bewoners helpen			0.541												
23-gevraagd helpen			0.628												
27-praat met andere bewoners															
D -Suicide-gerechtigdheid													0.645		
38-dreigt met suicide													0.814		
39-suicidepoging ondernemen															
E -Potentieel sociale vaardigheden															
40-gebruik openbaar vervoer	0.747														
41-bereiden eenvoudige warme maaltijd	0.525														
42-boodschappen doen	0.660														
43-bellen vanuit telefooncel	0.541														
F -Externe sociale integratie															
44-telefoneert zelf met anderen															
45-wordt opgebeld									0.671						
46-schrijft brieven/kaarten									0.810						
47-krijgt brieven/kaarten															
48-gaat in de week op bezoek								0.583							
49-blijft weekend bij anderen								0.662							
50-krijgt bezoek															
51-gaat op vakantie															
52-bezoekt bioscoop, theater, kerk										0.669					
53-doet mee aan uitstapjes															
54-activiteiten buiten (zonder personeel)	0.736										0.833				
55-activiteiten buiten (met personeel)															
56-boodschappen doen buiten															
57-werkt buiten de instelling	0.777										0.620				
58-leest de krant															
59-leest tijdschriften															
60-kijkt televisie															
61-praten over gebeurtenissen buiten														0.787	
	VP	5.44	4.03	3.45	3.43	3.00	2.62	2.34	2.24	2.14	1.94	1.91	1.77	1.58	1.23

Van de 20 items voor het aspect basale zelfredzaamheid (BZR) laden 13 hoog op de factoren II, V, VII, X en XII. Deze factoren kunnen als volgt worden benoemd:

II - basale communicatieve vaardigheid & desoriëntatie:
items 10-14

V - incontinentie: items 4, 21, 32

VII - lichamelijke invaliditeit: items 6, 33

X - nachtelijke onrust: items 34, 35

XII - mobiliteit: item 9

Omdat voor patiënten in psychiatrische dagbehandeling "nachtelijke onrust" moeilijk door het verpleegkundig personeel te beoordelen was, zijn deze items buiten de BZR-index gelaten. De items van de factoren II, V, VII en XII meten de essentie van de BZR. Daarbij zijn nog een drietal items gevoegd, namelijk:

- item 3: hulp bij eten
- item 17: reageert op naam
- item 31: hulp bij aankleden.

De uiteindelijke BZR-index die per patiënt werd berekend bestond uit 14 items, met een minimale totaalscore van 0 (= goed zelfredzaam) en een maximale score van 28 (= slecht zelfredzaam).

Alle 5 agressiviteits-items waren apart herkenbaar binnen één factor (III). Bij de berekening van de AGR-index is alleen uitgegaan van vier items, met een minimale totaalscore van 0 (= geen agressief gedrag) en een maximale van 8 (= veel agressief gedrag). Item 7 "hinderlijk gedrag overdag" is, door de anderssoortige betekenis op inhoudsniveau, buiten berekening van de index gelaten.

Vijf van de zes items voor interne sociale integratie hadden een hoge lading ($> .50$) op factor IV. Alleen item 15 had met .40 een lagere waarde. De ISI-indexscore wordt in het vervolg over alle zes items berekend met een minimumscore van 0 (= goede ISI) en een maximum van 12 (= slechte ISI).

Beide suïcidaliteits-items scoorden hoog op factor XIII. Binnen de SUI-index werden de scores voor een daadwerkelijke suïcidepoging twee keer zo zwaar gewogen als de scores voor het dreigen met suïcide. De somtotaalscore 0 geeft aan dat in de drie maanden

voorafgaand aan de beoordeling geen sprake was van suïcidaliteit, een score van 6 dat in deze periode zowel meerdere keren een suïcidepoging is aangekondigd als ook daadwerkelijk ondernomen. Alle vier items voor het meten van potentieel sociale vaardigheden vertoonden inhoudelijke samenhang met factor I. Maar ook de vragen 28, 54 en 56 laadden hoog op deze factor. Desondanks werd de PSV-index beperkt tot de vier items, om het accent op "mogelijk gedrag" te waarborgen. Deze index heeft een minimale waarde van 0 en een maximale van 8 (= slechte PSV).

Evenals bij het concept "basale zelfredzaamheid" kunnen ook bij externe sociale integratie een vijftal subdimensies worden onderscheiden, namelijk:

- VI - mediagebruik: items 58-61
- VIII - brengt bezoek buiten: items 48-49, 52
- IX - schriftelijke communicatie: items 46-47
- XI - georganiseerde vrije tijd buiten: items 51, 53, 55
- XIV - buiten werken: item 57.

Daar tevens de items 24, 28, 44-45, 50 en 54-55 met $> .40$ een samenhang vertoonden met bovengenoemde factoren werd besloten de 20 a priori-items tezamen de somtotaalscore voor de ESI-index te laten bepalen. De minimumscore is dan 0 (goede ESI) en de maximumscore 40 (slechte ESI).

De factoranalyse geeft een indruk, welke items onderling samenhangen en welke niet. Daarnaast kan met behulp van zgn. Cronbach's alpha ook de mate van homogeniteit ofwel interne gelijksoortigheid van iedere index worden bepaald. Als de homogeniteitscoëfficiënt een waarde van $> .60$ te zien geeft, dan kan worden aangenomen dat de indexitems voldoende gelijksoortig zijn. In tabel 2 is de alpha-maat voor alle samengestelde variabelen (indices) per voorzieningensoort berekend.

Tabel 2: Homogeniteit (coëfficiënt alpha) van de indices.

indices	APZ	PDB	BWV
- basale zelfredzaamheid (BZR) (14 items)	0.89	0.57	0.59
- potentiëel soc. vaardigheden (PSV) (4 items)	0.89	0.86	0.73
- interne sociale integratie (ISI) (6 items)	0.84	0.83	0.78
- externe sociale integratie (ESI) (20 items)	0.85	0.86	0.80
- agressiviteit (AGR) (4 items)	0.81	0.70	0.81
- suicidaliteit (SUI) (2 items)	0.47	0.23	-0.03

Met uitzondering van de SUI-index vertoonden de indices een behoorlijke tot goede interne consistentie. Wel moet worden opgemerkt dat de BZR-index voor doelgroeppatiënten van centra voor psychiatrische dagbehandeling en beschermende woonvormen niet erg homogeen is.

8.2. Betrouwbaarheidscontrole van indices

In het oordeel over menselijke gedragingen ligt zowel het te meten gedrag van de patiënt zelf besloten (bv. frequentie van incontinentie 's nachts), als ook kan vertekening optreden door de beoordelaar. Beoordelaars kunnen over het bedoelde gedrag bij dezelfde patiënt onderling van mening verschillen door andere normen en waarden, stemmingen gedurende de dag en gebrekkige informatie, maar ook door het hanteren van verschillende criteria voor het benoemen van gedrag.

Nu is men als onderzoeker meestal geïnteresseerd in het "werkelijke" gedrag van de patiënt, en niet in een daarvan afwijkende interpretatie of perceptie door de beoordelaar. Men zal dan ook zoveel mogelijk proberen om de subjectieve interpretatieruimte van de index-items te beperken.

Grote overeenstemming tussen twee onafhankelijke beoordelaars over het gedrag van dezelfde patiënt vormt dan ook een belangrijke indicatie dat dezelfde maatstaf bij de beoordeling van gedrag werd gebruikt en dat daadwerkelijk het bedoelde gedrag wordt gemeten. Bij geringe overeenstemming daarentegen zullen, indien mogelijk, de verschillende foutenbronnen nader moeten worden onderzocht, te weten de interpretatieruimte van de items (mate van abstractie, openheid van vragen e.d.), de verschillen tussen beoordelaars (attitudes, informatie over de patiënt, werkervaring e.d.) en de veranderingen bij de patiënt (indien de beoordelingen op twee verschillende tijdstippen hebben plaatsgevonden). Een dergelijke toetsing van de inter-rater-betrouwbaarheid kan niet alleen op itemniveau, maar ook op indexniveau worden uitgevoerd. Bij het laatste is men niet geïnteresseerd in de variaties in itemscores, maar in indexscores.

Bij de bepaling van de inter-rater-betrouwbaarheid kan tussen twee designs worden gekozen: de simultane procedure of de sequentiële procedure (test-hertest). Bij de simultane procedure wordt het gedrag van de patiënt gelijktijdig door twee onafhankelijke beoordelaars gescoord. Dit design heeft als voordeel dat het inconsistent scoren van beoordelaars niet verklaard kan worden door eventuele verschillen in gedrag van de patiënt gedurende verschillende observatieperioden. Uit onderzoek naar de betrouwbaarheid van bijvoorbeeld psychiatrische diagnostiek is bekend (Slooff e.a., 1983) dat de simultane procedure een grotere mate van overeenstemming te zien geeft dan de sequentiële procedure. Dit is op zich niet zo verwonderlijk, omdat een bron van variatie bij de simultane procedure is verdwenen, namelijk inconsistentie in het gedrag van de patiënt. De simultane procedure voorkomt ook een ander probleem, namelijk systematische verschillen in scoringsgedrag door meer ervaring met het instrument in de tweede ronde.

Ondanks de genoemde voordelen van de simultane procedure is bij het bepalen van de inter-rater-betrouwbaarheid voor de sequentiële procedure gekozen.

Het belangrijkste argument voor de keuze van deze vorm van betrouwbaarheidsmeting was dat het instrument getoetst moest worden bij beoordelaars die zich gedurende het vooronderzoek in dezelfde situatie bevonden als de beoordelaars later in het landelijk onderzoek. Dat betekent dat er van uitgegaan diende te worden dat de VOL II binnen de diensturen op de afdeling wordt ingevuld, waarbij een groot aantal storende omgevingsfactoren een rol kan spelen: telefoongesprekken, patiëntcontacten, gesprekken met collega's, tijdsgebrek e.d. Zo kan een instrument dat in min of meer ideale omstandigheden betrouwbaar is gebleken ten dienste en onder het wakende oog van de wetenschap, bij haar praktische toepassing in veldonderzoek aanzienlijk minder betrouwbaar zijn. Nu is één van de belangrijkste voorwaarden voor het berekenen van de inter-rater-betrouwbaarheid dat de beoordelingen onafhankelijk van elkaar plaatsvinden. In een laboratoriumsituatie kan de onderzoeker daarbij de omstandigheden zo construeren dat een dergelijke onafhankelijkheid in oordeel bestaat.

Op de afdeling, in een "in vivo"-situatie, zijn er ten aanzien van de simultane procedure weinig waarborgen dat aan deze voorwaarde kan worden voldaan. Het personeel gaat als team intensief met elkaar om, en de eis van onafhankelijkheid en eigen oordeel bij het invullen van de vragenlijst strookt niet met de afhankelijkheid en samenwerking in de werksituatie. Vooral als de beoordeling tegelijkertijd plaatsvindt door veel personeelsleden van verschillende afdelingen, valt het voor de onderzoeker moeilijk in te schatten of aan het onafhankelijkheidscriterium is voldaan. Bij de sequentiële procedure speelt dit probleem minder. Na een periode van bijvoorbeeld twee à drie maanden bestaat enige zekerheid dat de eerste beoordelaar niet meer weet hoe precies per patiënt een item werd gescoord. Betrokkene kan dan ook nauwelijks de tweede beoordeling beïnvloeden. Geen inhoudelijk, maar een belangrijk praktisch voordeel van de sequentiële procedure is, dat de werkbelasting voor het onderzoek over een langere periode wordt gespreid.

De periode tussen test en hertest was in dit onderzoek met 2 à 3 maanden betrekkelijk lang. Het mag dan ook niet worden uitgesloten dat de overeenstemming tussen de beoordelaars werd geschaad door instabiliteit van het gedrag/toestandsbeeld van de patiënt.

Van de 208 patiënten waarvoor in het vooronderzoek in september-oktober 1983 voor de eerste keer de VOL II werd afgenomen, werd van 148 patiënten een tweede beoordeling verkregen. De overige patiënten waren of ontslagen (3), of bij vergissing beoordeeld door dezelfde verpleegkundige (18), of vielen af, doordat bij vier afdelingen slechts de helft van de patiënten van de eerste ronde opnieuw werd beoordeeld (35). Voor 4 patiënten was niet bekend waarom geen hertest werd gedaan.

Zowel aan de test als de hertest werd door 43 beoordelaars deelgenomen, voornamelijk door verpleegkundigen. De invulling diende onafhankelijk, dus zonder informatie over de eerste beoordeling te geschieden. Van alle beoordelaars, dus ook de beoordelaars in de tweede ronde, werd geëist dat zij goed geïnformeerd waren over de te beoordelen patiënt, om geen systematische vertekening te laten ontstaan tussen de eerste en tweede afname. Desondanks zou van enige vertekening sprake kunnen zijn. Zo wordt in enkele afdelingen van Vijverdal het zgn. "mentor"-systeem gehanteerd, waarbij personeelsleden als directe contactpersonen optreden voor een beperkt aantal patiënten. Deze mentoren waren vooral betrokken bij de invulling van de vragenlijst in de eerste ronde, maar minder in de tweede. Indien deze mentoren werkelijk beter geïnformeerd waren dan de tweede beoordelaars zou van bias door verschil in informatie sprake kunnen zijn. De validiteit van de eerste beoordeling (de overeenkomst van het gescoorde gedrag en het werkelijke gedrag van de patiënt) zou dan beter zijn dan bij de tweede beoordeling.

Een ander verschil tussen de eerste en tweede afname bestond in de bekendheid met het instrument. In de eerste ronde had geen van de beoordelaars ervaring in het hanteren van de VOL II. Het scoren van deze vragenlijst was voor iedereen even nieuw. Bij de hertest daarentegen hadden 17 beoordelaars aan de eerste ronde deelgenomen wat invloed kan hebben gehad op het scoringsgedrag.

Voor de invulling van de VOL II is echter nauwelijks toelichting of oefening vereist, zodat dit fenomeen de vergelijkbaarheid van de test-hertest-scores weinig beïnvloed zal hebben. Voor het landelijk onderzoek was dit overigens van groot belang, omdat het personeel van de betrokken instellingen (psychiatrische ziekenhuizen, centra voor psychiatrische dagbehandeling en beschermende woonvormen) voor de eerste keer met deze vragenlijst geconfronteerd zou worden.

Er zijn verschillende mogelijkheden om de mate van overeenstemming tussen twee beoordelaars te meten. Voor nominale en ordinale gegevens zijn de procenten-methode en Cohen's kappa-methode het meest gangbaar.

Bij de procenten-methode wordt het aantal overeenstemmende beoordelingen gedeeld door het totaal aantal paarsgewijze beoordelingen. Het resultaat kan vervolgens als percentuele overeenstemming worden uitgedrukt. Deze methode is eenvoudig en wordt veel gebruikt (Giel & Bogaarts, 1980). Een nadeel is echter dat niet gecorrigeerd wordt voor de toevalskans op overeenstemming (Schouten, 1985).

Een andere veel gebruikte maat voor de berekening van de mate van overeenstemming is Kappa (Cohen, 1960). Deze methode corrigeert wel voor de overeenstemming op basis van toevalskans.

Bij de berekening van de mate van overeenstemming tussen de test- en hertest-beoordeling is uitgegaan van een ongewogen kappa. In geval van perfecte overeenstemming bereikt kappa de waarde 1, bij het ontbreken van overeenstemming is kappa gelijk aan 0. Een negatieve kappa duidt op een overeenstemming die geringer is dan op basis van toeval verwacht kan worden. De grens voor een redelijke kappa-waarde wordt wel arbitrair op .40 gesteld (Koopmans e.a., 1982; De Jong, 1984). Van een goede overeenstemming wordt wel gesproken bij waarden van .60 en hoger. In het volgende overzicht is per item de mate van overeenstemming aangegeven volgens de procentenmethode en Cohen's kappa.

Tabel 3: Test-hertest overeenstemming van index-items berekend volgens procentenmethode en Cohen's kappa (ongewogen).

index-items	mate van overeenstemming s	mate van overeenstemming kappa
<u>Basale zelfredzaamheid (BZR)</u>		
3 - hulp bij eten nodig	81,8	. 55
4 - overdag incontinent	79,2	. 45
6 - speciale voorzieningen van stoel vallen	95,9	. 48
9 - kan lopen	87,8	. 65
10 - kan bedoeling duidelijk maken	86,4	. 50
11 - oriëntatie binnen instelling	89,2	. 65
12 - besef over aard instelling	79,6	. 55
13 - kent personeel bij naam	92,5	. 78
14 - begripsvermogen	86,3	. 46
17 - reageert op naam	89,2	. 25
21 - urine/faeces op ongewenste plaatsen	61,9	. 35
31 - hulp bij aankleden	85,8	. 70
32 - 's nachts incontinent	84,6	. 57
33 - speciale voorzieningen voor uit bed vallen	97,3	. 72
<u>Agressiviteit (AGR)</u>		
1 - bedreigt anderen	60,1	. 28
2 - beschuldigt anderen onterecht	67,6	. 60
5 - slaat of schopt anderen	78,1	. 49
29 - maakt zich gauw kwaad	60,8	. 34
<u>Suïcidaliteit (SUI)</u>		
38 - dreigt met suicide	91,3	. 31
39 - suicidepoging	98,7	. 33
<u>Potentieel sociale vaardigheden (PSV)</u>		
40 - in staat openbaar vervoer te gebruiken	73,5	. 58
41 - in staat eenvoudige warme maaltijd te bereiden	72,3	. 53
42 - in staat boodschappen te doen	72,8	. 59
43 - in staat op te bellen	73,0	. 59
<u>Interne sociale integratie (ISI)</u>		
15 - helpt op de afdeling	73,0	. 50
18 - zinvol bezig buiten therapie	54,7	. 31
20 - omgaan met een of meer bewoners	55,4	. 32
22 - ongevraagd bewoners helpen	62,2	. 40
23 - gevraagd helpen	60,8	. 25
27 - praat uit zichzelf met andere bewoners	64,9	. 45
<u>Externe sociale integratie (ESI)</u>		
24 - komt buiten het terrein van de instelling	71,0	. 52
28 - mag de straat op	69,8	. 54
44 - telefoneert zelf met anderen	68,2	. 48
45 - wordt opgebeld	60,5	. 36
46 - schrijft brieven/kaarten	75,8	. 46
47 - krijgt brieven/kaarten	49,7	. 11
48 - gaat in de week op bezoek	66,0	. 43
49 - blijft weekend bij anderen	85,9	. 44
50 - krijgt bezoek	66,2	. 49
51 - gaat op vakantie	68,2	. 49
52 - bezoekt bioscoop, theater, concert, kerk	81,1	. 54
53 - doet mee aan uitstapjes	60,0	. 33
54 - activiteiten buiten (zonder personele begeleiding)	67,8	. 42
55 - activiteiten buiten (met personele begeleiding)	40,8	. 06
56 - boodschappen doen buiten	67,8	. 50
57 - werkt buiten de instelling	84,6	. 26
58 - leest de krant	63,5	. 43
59 - leest tijdschriften	47,3	. 20
60 - kijkt televisie	58,8	. 31
61 - praat met personeel over gebeurtenissen buiten	56,8	. 30

Met uitzondering van de PSV-index komen bij elk concept enkele items voor, waarvoor een geringe mate van overeenstemming blijkt te bestaan bij test-hertest.

Bij het concept "basale zelfredzaamheid" vertonen 2 van de 14 items weinig consistent antwoordgedrag. Ook hadden drie van de 6 items van het concept "interne sociale integratie" lage kappa-waarden. Bij "externe sociale integratie" gold dit voor 8 van de 20 items. Bij alle vier items van het concept "potentiëel sociale vaardigheden" bestond een redelijke tot goede mate van overeenstemming tussen beoordelaars.

Aanzienlijk minder goed waren de kappa's voor de suïcidaliteits-items. Alhoewel de geobserveerde overeenstemming met meer dan 90% groot was, vertoonden beide items betrekkelijk lage kappa-waarden. Ook op twee van de vier agressie-items werd weinig consistent gescoord. De bevinding van Baas e.a. (1984) dat de verpleegkundigen bij het invullen van de BOP zich het meest zeker voelden bij het scoren van de agressiviteits-items hoeft dus niet te betekenen dat verpleegkundigen ook onderling in oordeel overeenstemmen.

Omdat in het landelijk onderzoek niet de individuele items, maar de indices met gegroepeerde scores van belang waren, is vervolgens gekeken naar de test-hertest overeenstemming op index-niveau.

Tabel 4: Mate van test-hertest overeenstemming op index-niveau;
naar percentuele overeenstemming en kappa.

indices	mate van overeen- stemming	mate van overeen- stemming
	%	Kappa
Basale zelfredzaamheid (0-2, 3-5, 6-11, 12-28)	81,4	0,64
Agressiviteit (0-1, 2-3, 4-8)	59,2	0,33
Suïcidaliteit (0-1, 2-3, 4-6)	96,6	0,27
Potentiëel sociale vaardigheden (0-1, 2-3, 4-6, 7-8)	68,0	0,55
Interne sociale integratie (0-2, 3-5, 6-12)	62,1	0,43
Externe sociale integratie (0-14, 15-24, 25-34, 35-40)	63,3	0,45

Naar aanleiding van bovenstaande tabel kan worden vastgesteld dat een viertal indices (BZR, PSV, ISI, ESI) ook na \pm drie maanden een redelijke tot goede mate van overeenstemming tussen hulpverleners te zien geven. De agressiviteitsindex daarentegen is aanzienlijk minder betrouwbaar.

Met de suïcidaliteitsindex lijkt iets bijzonders aan de hand te zijn. Bijna 97% van de patiënten werden bij test-hertest door beide beoordelaars in dezelfde groepen gescoord. Wel bestond deze gemeenschappelijkheid in oordeel vooral ten aanzien van de zeer grote groep patiënten zonder suïcideneigingen (0-1). De intracategorie kappa voor deze groep was met 0,56 redelijk tot goed. De enkele patiënten daarentegen waarbij wel bij de eerste beoordeling suïcideneigingen werden genoemd, werden bij de tweede beoordeling bijna uitsluitend ingedeeld bij de eerste groep (0-1). De kappa-maat voor overeenstemming binnen de tweede en derde categorie was zelfs gering negatief.

Een verklaring hiervoor is dat suïcidepogingen - die met een factor 2 sterker worden gewogen - alleen door enkele personen worden ondernomen, en dan ook nog slechts incidenteel. Een dergelijke daad zal zich - gelukkig - zelden in een periode van drie maanden nog eens herhalen, wat tot uiting komt in een geringe test-hertest-overeenstemming voor deze groep.

9. Het patiëntinterview (VOL III)

De gemiddelde duur (mediaan) van een interview was 15 minuten, met een range tussen 5 tot 75 minuten. Het team van interviewers bestond uit 10 B-verpleegkundigen die bij de Rijksuniversiteit Limburg de studie geneeskunde of gezondheidswetenschappen volgen. De helft daarvan had interviewervaring door het vooronderzoek. De vragenlijst is zoveel mogelijk in een aparte ruimte afgenomen in afwezigheid van het personeel, om sociaal wenselijk antwoordgedrag naar behandelaars/verpleegkundigen toe zoveel mogelijk te voorkomen. Om praktische afnameproblemen te voorkomen bijvoorbeeld bij lichamelijk op enigerlei wijze gehandicapte patiënten, is gekozen voor een afnameprocedure waarbij een interviewer, naast de patiënt zittend, de vragen één voor één voorleest en tegelijk aan betrokkene laat zien. De patiënt koos vervolgens één van de vier antwoordmogelijkheden (verbaal of door aanwijzen) en deze werd door de interviewer aangekruist.

Met de formulering van de vragen hadden de patiënten weinig problemen. Een uitzondering hierop vormde vraag 9. Deze vraag over werken buiten het psychiatrisch ziekenhuis werd door 18% van de respondenten niet beantwoord. Uit de toelichting van de interviewers op het evaluatieformulier bleek dat met name bejaarde patiënten, maar ook enkele patiënten met werk buiten de instelling deze vraag niet relevant vonden.

Bij ongeveer 80% van de patiënten verliepen de interviews zonder al te veel problemen. De interviewers hadden geen of alleen positieve kanttekeningen over het gesprek. Bij de overige 20% van de gesprekken werden wel storende omstandigheden genoemd. De meeste opmerkingen hadden betrekking op handicaps van patienten

zoals: hardhorendheid en doofheid (4x); afasie (3x) of onduidelijk praten (3x); geringe intelligentie (4x); niet kunnen lezen (3x) omdat men blind was of de bril voor het interview was vergeten; bedlegerigheid (2x); verwardheid kort na een psychotische fase (5x). Sommige patiënten waren zeer breedsprakig (6x) en gingen weinig op de vragen zelf in, terwijl er ook patiënten waren die in zichzelf gekeerd waren (3x) en waarbij het soms pas na langdurig vragen en herformuleren mogelijk was om hun een antwoord te ontfutselen. Enkele patiënten (4x) waren buitenlanders en beheersten de Nederlandse taal niet of slechts gedeeltelijk.

De wens om het gesprek te houden in een aparte ruimte kon niet altijd worden gehonoreerd. Doordat enkele patiënten zich slecht konden verplaatsen, werden een aantal interviews (2x) in het kantoor of dagverblijf gehouden. Ook enkele patiënten die te onrustig of te verward waren, werden in het dagverblijf geïnterviewd, - één patiënt zelfs in de gang voor de isoleerruimte. Drie patiënten waren buitenlanders en hadden taalkundige problemen bij het begrijpen en beantwoorden van de vragen.

Alhoewel de interviewers niet bij de patiënt bekend waren, toonden de patiënten vaak veel vertrouwen en beantwoordden de vragen openhartig. Na afloop van het gesprek meenden de interviewers dat 67% spontaan op de vragen antwoordde, 70% als beslist overkwam en 85% betrokken was bij het interview. Van de patiënten was 75% rustig en vriendelijk.

Maar er waren ook patiënten die het interview als bedreigend hebben ervaren. Vijf patiënten vertelden dit aan de interviewer. Bij andere patiënten kwam dit volgens de interviewer tot uiting in sterke onzekerheid ("ik weet niet wat ik zelf wil of niet wil", (2x) en emoties zoals huilen (2x) of wegloopneigingen (5x). Om een indruk te geven, voor welke problemen de interviewers in enkele gevallen stonden, volgt hierna een korte bloemlezing uit de evaluatieverslagen:

- "bewoonster begon mij telkens na het stellen van één of twee vragen na te zeggen of begon te zingen. Naarmate het interview langer duurde, werd het nazeggen of zingen langduriger, totdat zij helemaal "opging in het gezang" en ik bij vraag 17 het interview moest afbreken. Waarschijnlijk ervoer bewoonster de vragen als (te) bedreigend en was dit een afweermechanisme van haar";
- "mevrouw had een duidelijke handicap met spreken (afasie), maar we zijn er kalmpjes aan "vrij goed" uitgekomen (40 minuten)";
- "deze vrouw wilde de interviewlijst zelf invullen in de huiskamer; anders deed ze niet mee. Ik zat er wel bij en we zaten een beetje apart";
- "patiënte was 82, heeft een heel leven geleefd; wilde eigenlijk alleen nog maar rustig sterven, het liefst zo snel mogelijk";
- "liep na vraag 20 weg. Was het "zat". Maakte zich nogal kwaad, kwam later alsnog binnen om het interview af te maken (na een half uur)";
- "bewoner is blind, maar kon wel goed de vragen beantwoorden";
- "mevrouw werd agressief naar mij toe en stapte daarna op. Ik was door het afdelingshoofd er al op gewezen, dat deze kans er dik in zat";
- "meneer is Duitser en kon zodoende geen Nederlandse tekst lezen. Wel gaf hij mij de antwoorden in behoorlijk Nederlands";
- "mevrouw was enorm in zichzelf gekeerd en antwoordde bijna niets. Ik dacht ook dat ze zich met name bij andere woonsituaties weinig voor kon stellen. De communicatie ging vaak uitsluitend via ja - of nee - knikken".

9.1. Index "Houding Ontslag" (H.O.) en "Houding Instelling/Afdeling" (H.I.)

Hoe werd nu op basis van scores op de enkelvoudige items een schatting verkregen van de houding van patiënten ten aanzien van ontslag en de afdeling of instelling?

De vragen over de houding ten aanzien van ontslag en instelling hebben ieder 4 antwoordcategorieën, variërend van zeer negatief, negatief, positief tot zeer positief. Aan het antwoord waaruit een zeer negatieve houding t.a.v. ontslag blijkt, werd de waarde 1 toegekend, aan een antwoord met een niet zo sterke negatieve connotatie de waarde 2, tot tenslotte de waarde 4 voor een antwoord dat een zeer positieve ontslaghouding impliceert. Als voorbeeld volgt hieronder vraag 7:

vraag 7: Zou U met de nodige hulp zelfstandig willen wonen?

categorie:	zeker	waarschijnlijk	waarschijnlijk	zeker
	niet	niet	wel	wel
score:	1	2	3	4

Alleen voor de patiënten die ook bij doorvragen niet uit de vier antwoordmogelijkheden konden kiezen was een codering "geen antwoord/weet niet" gereserveerd. Als een vraag niet van toepassing was, moest dit apart op de lijst worden vermeld.

Per patiënt werd vervolgens apart over de vragen ten aanzien van ontslag respectievelijk instelling een somscore berekend. Alleen voor patiënten die meer dan 80% van de vragen inhoudelijk hadden beantwoord, werd de somscore gedeeld door het aantal beantwoorde vragen, waardoor een gestandaardiseerde index-score werd verkregen. Deze indexscore varieert van 1,00 (uiterst negatief) tot 4,00 uiterst positief. Voor de presentatie van de uitkomsten werd gekozen voor een onderverdeling van de scores naar drie groepen, t.w.:

- negatieve houding: indexscore 1,00 t/m 1,99
- ambivalente houding: indexscore 2,00 t/m 2,99
- positieve houding: indexscore 3,00 t/m 4,00

9.2. Validiteit

De homogeniteitscoëfficiënt voor de H.O.-index was met .84 betrekkelijk hoog en werd berekend bij 201 patiënten waarvoor alle 10 antwoorden beschikbaar waren. De desbetreffende coëfficiënt voor de H.I.-index was .88.

De vraag is nu, of de H.O.-index voldoende aan zijn uiteindelijke doel beantwoordt, namelijk het meten van "houding ten aanzien van ontslag" en niet van een andere factor zoals bijvoorbeeld "optimisme". Een index of test is valide of geldig, naarmate de index het verschijnsel meet, waarvan verondersteld wordt dat hij die meet.

Het is echter niet eenvoudig om een geschikt extern criterium te vinden, waarop de index-score op geldigheid kan worden getoetst. De patiënt alleen lijkt de deskundige en de bij uitstek geschikte bron van informatie te zijn, als het gaat om zijn/haar houding ten aanzien van ontslag. Zo concluderen Shadish e.a. (1985) naar aanleiding van onderzoek over opvattingen van patiënten en personeelsleden over zorgaspecten binnen en buiten "psychiatrische verpleeghuizen"; "one cannot assume that the patients own interests will be adequately reflected by other interest groups; if the patients interests are the issue, the patients must be asked".

Ondanks deze kanttekening is toch een poging ondernomen om een indruk te krijgen over de geldigheid van de patiëntinformatie. Als een "next-best"-bron van informatie kan de hoofdbehandelaar of de verpleegkundige worden beschouwd die betrokkene goed kent. Hun taxatie van de ontslagbereidheid van de patiënt zou dan als extern referentiecriterium kunnen dienen. Drenth (1975) spreekt in dit verband van "concurrent validity", waarbij beoordeeld wordt, hoezeer de resultaten corresponderen met gelijktijdig beschikbare criteriumgegevens. Als voorbeeld noemt Drenth het valideren van een test door de testresultaten van patiënten te vergelijken met aanpassingsbeoordelingen van behandelende psychiaters.

In dit onderzoek was een oordeel beschikbaar van zowel de behandelend psychiater als de verpleegkundige. Door beiden werd een ja- of nee-antwoord gegeven op de vraag: is betrokkene naar Uw mening bereid toe te werken naar ontslag?

Een belangrijke en te toetsen aanname daarbij is dat de psychiater en de verpleegkundige de ontslaghouding van de patiënt goed kunnen inschatten. Als controle op deze veronderstelling zullen de taxaties van hoofdbehandelaar en verpleegkundige op patiëntniveau met elkaar worden vergeleken (tabel 5). Indien het oordeel van psychiater en verpleegkundige consistent is, kan redelijkerwijs worden aangenomen dat het overeenstemmende oordeel van deze deskundigen een redelijke maat is voor de bepaling van de "concurrent validity". In de volgende tabel komt dit aspect aan de orde.

Tabel 5: Mate van overeenstemming tussen psychiater en verpleegkundige in het oordeel over de ontslagbereidheid van de geïnterviewde patiënten.

psy- chiater \	verpleeg- kundige			
	ja	nee	totaal	
ja	37 (50,0%)	23 (12,8%)	60 (23,6%)	
nee	37 (50,0%)	157 (87,2%)	194 (76,4%)	
totaal	74 (100,0%)	180 (100,0%)	254 (100,0%)	

Nu blijkt uit bovenstaande tabel dat tussen beide beoordelaars een grotere mate van overeenstemming bestaat over de patiënten die niet met ontslag willen gaan, dan over patiënten die wel ontslagen willen worden. Van de 180 geïnterviewde patiënten die volgens de verpleegkundige niet gemotiveerd waren voor ontslag, gaf de psychiater in 157 gevallen hetzelfde oordeel (87%). Veel minder overeenstemming bestond over de patiënten die wel naar ontslag toe willen werken. Alleen voor de helft (50%) van de patiënten (N = 74) die in dit verband door de verpleegkundige werden genoemd, gaf de psychiater eenzelfde oordeel.

De schatting van een negatieve ontslaghouding is dus aanzienlijk stabiel en waarschijnlijk ook exacter, dan de taxatie van een positieve ontslaghouding. Het is mogelijk dat dit consequenties heeft voor het bepalen van geldigheid (validiteit) van positieve index-score's.

Vervolgens is nagegaan in hoeverre het oordeel van de hoofdbehandelaar of verpleegkundige correspondeerde met het bovenste en onderste kwartiel van de H.O.-index-scores. Als de positieve inschatting van het personeel overeenkomt met een grote ontslaggeneigdheid van de patiënt, en een negatieve inschatting met een geringe ontslaggeneigdheid, dan kan de index als voldoende valide worden beschouwd om er verder mee te werken. In de tabellen 6 en 7 zijn de kwartielscores van de VOL III gekoppeld aan het oordeel van psychiater respectievelijk verpleegkundige.

Tabel 6: mate van overeenstemming tussen oordeel psychiater en antwoord patiënten (kwartielscore H.O.-index) wat betreft houding t.a.v. ontslag.

<div> <div>psychiater</div> <div>patiënt</div> </div>	ja	nee
	indexsc. $\geq 3,2$	indexsc. $\leq 1,9$
ja	39 (52,0%)	7 (10,6%)
nee	36 (48,0%)	59 (89,4%)
totaal	75 (100,0%)	66 (100,0%)

Tabel 7: mate van overeenstemming tussen oordeel verpleegkundige en antwoord patiënten (kwartielscore H.O.-index) wat betreft houding t.a.v. ontslag.

<div> <div>verpleegkundige</div> <div>patiënt</div> </div>	ja	nee
	indexsc. $\geq 3,2$	indexsc. $\leq 1,9$
ja	27 (35,5%)	6 (8,7%)
nee	49 (64,5%)	63 (91,3%)
totaal	76 (100,0%)	69 (100,0%)

In de tabellen 6 en 7 valt op dat een lage kwartielscore, het niet met ontslag willen, sterk correspondeert met het desbetreffende antwoord van de psychiater (89%) als ook met dat van de verpleegkundige (91%). Veel minder groot is de overeenstemming, als de hoge kwartielscores van de H.O.-index, het wel met ontslag willen, worden vergeleken met het respectievelijke oordeel van de hulpverleners. Van de 75 patiënten die hoog op de index scoren was volgens het oordeel van de psychiater 52% geneigd om naar ontslag toe te werken (tabel 6). Naar het oordeel van de verpleegkundige was deze proportie met 35% nog kleiner (tabel 7). Het lijkt dus alsof de index een goede afspiegeling geeft van de wens om in de instelling te blijven, en een minder goede indruk van de wens om met ontslag te gaan. Wat betreft het laatste zijn er aanwijzingen dat niet de index, maar het externe criterium onnauwkeurig meet (tabel 5), vooral als het gaat om het oordeel van de verpleegkundige.

DEEL III - STEEKPROEFTREKKING

10. Steekproeftrekking

Bij de selectie van doelgroepspersonen voor dit onderzoek werd gebruik gemaakt van de methode van zgn. twee traps random steekproeftrekking. Eerst werden bij toeval gekozen instellingen benaderd om deel te nemen aan het onderzoek, waarna binnen de deelnemende instellingen vervolgens een aselechte steekproef van bewoners/patiënten is getrokken. Omdat de uitvoeringsdetails op enkele belangrijke punten verschillen, zullen de procedures per voorzieningensector apart besproken worden.

10.1. Steekproeftrekking bij de algemene psychiatrische ziekenhuizen

De lang opgenomen patiënten van 38 algemene psychiatrische ziekenhuizen werden beschouwd als de populatie waaruit een steekproef getrokken diende te worden. Naar schatting verbleven eind december 1983 10.300 patiënten lang in deze instellingen volgens de in dit onderzoek gehanteerde definitie. Als bron voor deze schatting diende de Patiëntenregistratie Intramurale Geestelijke Gezondheidszorg (GHIGV).

Bij de bepaling van de grootte van de steekproef was er van uitgegaan dat de patiënten die binnen de steekproef vallen niet van de landelijke populatie van lang opgenomen patiënten mochten verschillen wat betreft de spreiding over enkele belangrijke kenmerken zoals geslacht, leeftijd, verblijfsduur en burgerlijke staat. De variabele met de grootste spreiding (s), samen met het gekozen betrouwbaarheidsinterval en de daarmee samenhangende waarde voor de afstand tot het gemiddelde (Z) en de mate van exactheid (e) voor de schatting van het populatie-gemiddelde wordt vaak gebruikt om de omvang van de steekproef te bepalen. De Patiëntenregistratie Intramurale Geestelijke Gezondheidszorg bood een goede mogelijkheid om de populatieparameters "gemiddel-

de" en "spreiding" (X resp. s) te bepalen. Uitgaande van gegevens over 1980 (GHIGV, 1983) bleek dat de variabele leeftijd de grootste spreiding (s = 17) rondom de gemiddelde waarde (X = 52) vertoonde.⁽⁴⁾ Wordt er nu van uitgegaan dat de gemiddelde leeftijd binnen de steekproef zowel naar boven als naar beneden met twee jaar mag verschillen van het populatiegemiddelde, en wordt tevens uitgegaan van een betrouwbaarheidsinterval van 95%, dan kan de formule

$$e = Z \times \frac{s}{\sqrt{n}} \quad (\text{Blalock, 1960, p. 166})$$

als volgt ingevuld worden:

$$2 = 1,96 \times \frac{17}{\sqrt{n}}, \quad \text{waaruit volgt } n = 278$$

Omdat bij twee traps steekproeftrekking meer kans bestaat op fouten door de manier van steekproeftrekken, is het een goede gewoonte (zie Scheuch, 1974, p. 39) om de steekproefomvang door vermenigvuldiging met de factor $\sqrt{2}$ te vergroten. Deze correctiefactor betekende voor de steekproefomvang een aanvulling tot 393, afgerond tot 400 personen. Rekening houdend met een non-respons percentage van 30% werd bij de uiteindelijke steekproef gerekend op ca. 600 lang opgenomen patiënten van algemene psychiatrische ziekenhuizen.

Uitgaande van dit gegeven was vervolgens de vraag, in hoeveel instellingen deze steekproef getrokken moest worden. Dit aantal instellingen mocht niet te klein zijn om instellingsgebonden vertekening van de steekproef te voorkomen, anderzijds mocht dit aantal ook niet te groot zijn om de uitvoerbaarheid van het onderzoek binnen het gegeven budget en tijdsbestek (een periode van twee jaar) niet in gevaar te brengen. Deze afweging heeft geresulteerd in de keuze voor een aantal van vijf psychiatrische ziekenhuizen, ofwel 120 steekproefpatiënten in elk van deze instellingen.

Er is overleg geweest met in totaal acht aselekt gekozen algemene psychiatrische ziekenhuizen. In vijf van de acht instellingen hebben de informatief-oriënterende besprekingen tussen directie

en onderzoekers geresulteerd in deelname aan het onderzoek. De vijf instellingen zijn verdeeld over vier provincies, t.w. Noord-Holland, Zuid-Holland, Gelderland en Limburg. Eén instelling is gevestigd in een stad met meer dan 100.000 inwoners, de overige vier instellingen hebben hun locatie in een gemeente met 20- < 50.000 inwoners. Van de 5 instellingen hebben vier een opnametraditie die meer dan een halve eeuw bestrijkt, terwijl één instelling in het begin van de 70-er jaren patiënten is gaan opnemen.

In het volgende overzicht zijn de aan het onderzoek deelnemende algemene psychiatrische ziekenhuizen op enkele kenmerken vergeleken met het totaal van instellingen.

Tabel 8: Vergelijking van de 5 steekproefinstellingen met de algemene psychiatrische ziekenhuizen waarbinnen de steekproef is getrokken, naar gemiddelde grootte en doorstroming.

	APZ-en totaal N=37	Deelnemers N=5
Gemiddeld aantal bezette bedden per 31/12/84	547	650
Opnameratio in de periode van 1 jan. - 31 dec. 1984 *	116	91
Ontslagratio in de periode van 1 jan. - 31 dec. 1984 **	111	84
Longstayproportie t.o.v. gemidd. aantal bezette bedden (bestandspatiënten langer dan 1 jaar opgenomen).	65,8%	71,9%

Bron: Enquête Jaarcijfers Psychiatrie 1984, GHIGV, afd. Onderzoek

* aantal opnemingen gedeeld door gemiddeld aantal bezette bedden op 31/12/84 x 100

** aantal ontslagen (excl. overledenen) gedeeld door gemiddeld aantal bezette bedden op 31/12/84 x 100

Zowel wat betreft de doorstroming van de instellingen gemeten in de vorm van opnameratio, ontslagratio en long-stay-proportie, als ook in de gemiddelde capaciteit, verschilden de 5 deelnemende instellingen enigszins ten opzichte van de landelijke situatie. De deelnemende algemene psychiatrische ziekenhuizen hadden gemiddeld meer patiënten (= bezette bedden) en een geringere doorstroming dan verwacht mocht worden op basis van het landelijk totaal. Redelijkerwijs mag worden verondersteld dat dergelijke verschillen op instellingsniveau niet de representativiteit van de patiëntensteekproef hebben vertekend.

10.1.1. Uitvoeringsprocedures

Nadat de instelling toestemming voor deelname aan het onderzoek had verleend, vonden tussen onderzoekers en de respectievelijke medische administraties besprekingen plaats omtrent de organisatie van het databestand en de methode van steekproeftrekking. Deze steekproeftrekking werd in alle 5 de instellingen door de onderzoekers samen met de medische administraties uitgevoerd en omvatte globaal de volgende stappen:

- eerst werden patiënten met de diagnosen imbecilias, idiotie en dementie buiten het steekproefkader geplaatst;
- vervolgens de andere patiënten van het totale patiëntenbestand die niet aan één van de doelgroepdefinities voldeden.

De voor het creëren van het steekproefkader benodigde verblijfsduurgegevens waren veelal niet centraal binnen de instelling beschikbaar en niet geheel volledig, waardoor de administraties van de afdelingen of paviljoenen zelf bezocht moesten worden. De bepaling van de verblijfsduurgroepen was gecompliceerd doordat voorafgaande opnames in andere psychiatrische instellingen ook meetelden. Indien de verblijfsduur ook niet op afdelingsniveau te bepalen was, werd de betreffende patiënt uit het steekproefkader weggelaten, maar dit kwam zelden voor.

Indien het resterende bestand de 120 overschreed (in een enkel geval was dit niet zo), werd hieruit een aselechte steekproef van 120 patiënten getrokken.

Voor de uitvoering van het onderzoek en de verwerking van de gegevens werd een procedure gevolgd, waarbij de namen van de patiënten niet bij de onderzoekers bekend waren. Slechts de eerder willekeurig toegekende patiëntnummers waren beschikbaar om de gegevens van de VOL I, II en III te kunnen combineren. De koppeling tussen nummers en namen vond plaats op de afdeling.

Aan iedere patiënt die binnen de steekproef viel, werd door een personeelslid van de afdeling toestemming gevraagd voor de afname van de VOL III, het patiëntinterview, nadat de patiënt eerst een uitnodiging daartoe had ontvangen en een beknopte schriftelijke toelichting op het onderzoek. Om tot een optimale respons te komen werden de patiënten die om uiteenlopende redenen niet wilden deelnemen aan een dergelijk interview, nogmaals, en in een enkel geval tweemaal, benaderd. Dit geschiedde alleen, indien het behandelend personeel op de betreffende afdeling hiervoor toestemming verleende.

10.1.2. Respons

Daar één van de deelnemende algemene psychiatrische ziekenhuizen aanzienlijk minder lang opgenomen patiënten (l.o.p.) had dan de 120 waarvan bij de steekproeftrekking binnen de instelling werd uitgegaan, was de toevalssteekproef niet 600 patiënten, maar 539. Bij controle achteraf aan de hand van de VOL I bleek verder dat 27 patiënten niet aan de doelgroepomschrijving voldeden, namelijk 12 patiënten vanwege de diagnose dementie en 15 patiënten vanwege een kortere verblijfsduur. De gecorrigeerde steekproef bestond dus uit 512 patiënten. In mei 1984 werd met de gegevensverzameling gestart. Deze duurde tot augustus 1985.

In het eerste contact met het afdelingspersoneel bleek dat enkele van deze patiënten niet meer voor een gesprek benaderd konden worden. Tussen deze stap in het onderzoek en het bepalen van de steekproef lag namelijk soms een periode van enkele maanden waarin inmiddels:

- 17 patiënten waren ontslagen of overgeplaatst naar andere ggz-voorzieningen;
- 4 patiënten waren overleden; en
- 1 patiënt was opgenomen in een algemeen ziekenhuis.

Voor deze patiënten werd wel gevraagd om alsnog de VOL I en VOL II in te vullen, maar kon geen interview (VOL III) plaatsvinden. Aan het einde van deze periode was voor 74% (N = 381) van de patiënten zowel de VOL I als de VOL II ingevuld en geretourneerd. Voor 60% (N = 306) waren alle drie vragenlijsten beschikbaar.

Tabel 9: Responsoverzicht naar verblijfsduurgroep; algemene psychiatrische ziekenhuizen.

	steekproef:	waarvan VOL I beschikbaar	waarvan Vol I & II beschikbaar
groep z.l.o.p.	310 (100,0%)	305 (98,4)	248 (80,0)
groep l.o.p.-c.	110 (100,0%)	104 (94,5)	91 (82,7)
groep l.o.p.-dc.	<u>92</u> (100,0%)	<u>66</u> (71,7)	<u>42</u> (45,7)
totaal	512 (100,0%)	475 (92,8)	381 (74,4)

Uit bovenstaand overzicht blijkt dat de gegevens voor de groep lang en discontinu opgenomen patiënten (l.o.p.-dc.) het minst volledig waren. Een aantal personen (N = 9) was op het tijdstip van het interview ontslagen, terwijl daarnaast betrekkelijk veel patiënten (N=31) weigerden om aan het vraaggesprek (VOL III) deel te nemen, wat consequenties had voor de invulling van de VOL I en VOL II door de hulpverleners.

Bij de andere verblijfsduurgroepen kon, met meer dan 80% op de VOL I & II, gesproken worden van een hoge respons. In de verdere hoofdstukken wordt uitgegaan van de gegevens van de 381 patiënten waarvoor de VOL I en VOL II is ingevuld. De gegevens over de houding van de patiënt hebben betrekking op 287 patiënten waarbij het interview (VOL III) in z'n geheel kon worden afgenomen.

10.1.3. Representativiteit

Steekproefonderzoek wordt met de intentie verricht om de resultaten ook van toepassing te verklaren op de grote groep van personen die wel aan de doelgroepomschrijving voldoet, maar niet heeft deelgenomen aan het onderzoek. Dit onderzoek vormt hierop geen uitzondering.

Een belangrijke voorwaarde voor een dergelijke verbreding van het generalisatiebereik is, dat de responsgroep zoveel mogelijk een natuurgetrouwe afspiegeling vormt van de samenstelling (verdeling kenmerken) van de populatie, en voldoende groot is om ook voor essentiële subgroepen (bv. lang maar discontinu opgenomen patiënten, bejaarden, vrouwen, patiënten met goede respectievelijk slechte A.D.L.-functies) betrouwbare uitspraken te genereren. De Patiëntenregistratie Intramurale Geestelijke Gezondheidszorg (PIGG) kan ten aanzien van een drietal vragen waardevolle informatie verstrekken, namelijk:

- (a) hoe groot is de responsproportie per verblijfsduurgroep?
- (b) in hoeverre heeft de aselechte steekproeftrekking daadwerkelijk geleid tot een representatieve verdeling van steekproefpatiënten ten opzichte van de landelijke populatie?
- (c) in hoeverre heeft selectieve non-respons geleid tot een niet-representatieve verdeling van de responsgroep, dit zowel ten opzichte van de steekproef als ten opzichte van de landelijke populatie?

Voordat op deze vragen wordt ingegaan, volgen eerst enkele kanttekeningen vooraf.

Het aantal variabelen, waarop de representativiteit van de steekproef kon worden vergeleken, beperkte zich tot de variabelen die zowel in het onderzoek als de PIGG werden verzameld. Het ging daarbij om de volgende variabelen: geslacht, leeftijd, burgerlijke staat, juridische situatie en psychiatrische diagnose.

Voor twee van de drie in het onderzoek onderscheiden verblijfsduurgroepen (te weten continu 2-5 jaar opgenomen en langer dan 5 jaar opgenomen) waren corresponderende landelijke cijfers van de PIGG beschikbaar. Voor ieder van deze twee groepen werd dan ook

de representativiteit vergeleken ten aanzien van bovengenoemde vijf variabelen (tabellen 10 en 11).

De cijfers van de PIGG en van de steekproef waren overigens niet geheel synchroon. De gegevens van de PIGG hadden betrekking op de aanwezige patiënten op 31 december 1983, terwijl in december 1984 bij de 5 psychiatrische ziekenhuizen ongeveer de helft van de steekproefgegevens was verzameld. Tussen de steekproef- en de landelijke gegevens bestaat dus een verschil van ca. één jaar. Voor een tweetal variabelen zijn de verschillen in tijdstip van registratie groter. Zo zijn de gegevens over de burgerlijke staat en psychiatrische diagnose in de PIGG na de opname niet muteerbaar. Gedurende het verblijf van de patiënt in de instelling worden deze gegevens niet meer aangepast aan nieuwe ontwikkelingen. Dat zou met name voor de zeer lang opgenomen patiënten kunnen betekenen, dat de gegevens van de steekproef waarin van de actuele diagnose wordt uitgegaan en de gegevens van de landelijke populatie op dit aspect niet vergelijkbaar zijn. Gelukkig heeft eind 1978, met de wijziging van het registratiesysteem, een "actualisering" van het totale gegevensbestand plaatsgevonden, waarbij ook de gegevens over de burgerlijke staat en de psychiatrische diagnose aan de actuele situatie zijn aangepast. Van de langverblijvende patiënten (31-12-1983) is het echter niet bekend, welke wijzigingen na 1978 in burgerlijke staat en psychiatrische diagnose zijn opgetreden.

Tabel 10: Vergelijking van de steekproef van lang opgenomen patiënten (2-5 jaar) met de desbetreffende landelijke populatie in algemene psychiatrische ziekenhuizen (31-12-1983); naar geslacht, leeftijd, burgerlijke staat, juridische situatie en psychiatrische diagnose.

	populatie landelijk (N = 2261)	steekproef (VOL I) (N = 104)	respons steekproef (VOL I & II) (N = 91)
<u>geslacht</u>			
man	50,9%	51,5%	50,5%
vrouw	49,1	48,5	49,5
<u>leeftijd</u>			
< 25 jaar	4,3	3,0	3,3
25-34 jaar	18,0	13,9	11,0
35-44 jaar	14,7	25,7*	25,3*
45-54 jaar	16,5	15,8	16,5
55-64 jaar	18,1	14,9	16,5
65-74 jaar	16,9	19,8	19,8
> 75 jaar	11,4	7,0	7,7
<u>burgerlijke staat</u>			
ongetrouwd	50,9	50,5	48,4
getrouwd	22,5	17,8	18,7
gescheiden	13,3	19,8	20,9
widuwstaat	13,3	11,9	12,1
<u>juridische situatie</u>			
vrijwillig	90,6	95,0	95,6
in bewaringstelling	1,1	----	----
rechterlijke machtiging	8,0	5,0	4,4
strafrechterlijke maatregel	0,3	----	----
<u>psychiatrische diagnose</u>			
dementie	----	----	----
andere organische			
psychische stoornis	5,4	7,9	8,8
schizofrenie	24,6	35,6*	33,0
affectieve psychose	12,4	5,9	6,6
andere niet organische			
psychose	20,3	7,9*	6,6*
neurose/depressie	16,3	19,8	20,9
persoonlijkheidsstoornis	9,6	13,9	15,4
alcohol & drugs	6,9	3,0	3,3
zwakzinnigheid (licht)	----	4,0	4,4
overige psychische stoornissen	4,4	2,0	1,1

* het aantal patiënten binnen de steekproef (N_i) is groter of kleiner dan $N_i + 2\sqrt{N_i}$, waarbij N_i = verwacht aantal patiënten per cel op basis van de verdeling van de variabelen in de populatie (Reid, 1960).

Tabel 11: Vergelijking van de steekproef van zeer lang opgenomen patiënten (> 5 jaar) met de desbetreffende landelijke populatie in algemene psychiatrische ziekenhuizen (31-12-1983); naar geslacht, leeftijd, burgerlijke staat, juridische situatie en psychiatrische diagnose.

	populatie landelijk (N = 7499)	steekproef (VOL I) (N = 305)	respons steekproef (VOL I & II) (N = 250)
<u>geslacht</u>			
man	49,4%	56,5%	52,8%
vrouw	50,6	43,5	47,2
<u>leeftijd</u>			
< 25 jaar	0,2	0,3	0,4
25-34 jaar	4,9	4,7	4,0
35-44 jaar	9,7	10,7	10,5
45-54 jaar	15,9	18,7	19,8
55-64 jaar	23,8	25,4	26,2
65-74 jaar	23,8	19,4	19,4
> 75 jaar	21,8	20,7	19,8
<u>burgerlijke staat</u>			
ongehuwd	73,6	75,6	75,0
gehuwd	12,2	9,0	9,3
gescheiden	6,8	9,0	9,7
weduwstaat	7,5	6,4	6,0
<u>juridische situatie</u>			
vrijwillig	96,6	98,0	98,4
in bewaringstelling	0,3	----	----
rechterlijke machtiging	3,1	2,0	1,6
strafrechterlijke maatregel	0,1	----	----
<u>psychiatrische diagnose</u>			
dementie	----	----	----
andere organische			
psychische stoornis	7,9	5,7	4,9
schizofrenie	58,8	57,8	58,9
affectieve psychose	5,9	5,4	4,5
andere niet organische			
psychose	7,2	5,7	5,7
neurose/depressie	5,3	7,1	7,7
persoonlijkheidsstoornis	10,7	6,8*	6,5
alcohol & drugs	2,7	2,7	2,8
zwakzinnigheid (licht)	----	7,4	7,3
overige psychische stoornissen	1,5	1,4	1,6

* zie voetnoot vorige pagina.

ad a: hoe groot is de responsproportie per verblijfsduurgroep?

Voor ongeveer 3,3% (N = 250) van alle zeer lang opgenomen patiënten (z.l.o.p.) en 4,0% (N = 91) van de lang en continu opgenomen patiënten (l.o.p.-c.) in psychiatrische ziekenhuizen werd gedurende het onderzoek zowel de VOL I als de VOL II ingevuld. Bij gebrek aan landelijke gegevens is niet bekend, hoe groot het aandeel is voor de derde verblijfsduurgroep (l.o.p.-dc.).

ad b: in hoeverre heeft de steekproeftrekking geleid tot een representatieve verdeling van steekproefpatiënten ten opzichte van de landelijke populatie?

Voor 98% respectievelijk 94% van de steekproefpatiënten (z.l.o.p. en l.o.p.-c.) werd de VOL I ingevuld. Daardoor is het mogelijk om na te gaan of de aselechte steekproeftrekking geleid heeft tot een representatieve verdeling van enkele kenmerken bij de steekproef (VOL I). In de tweede kolom van de tabellen 10 en 11 wordt per verblijfsduurgroep de verdeling van de steekproefpatiënten over de variabelen weergegeven. Door vergelijking van kolom 1 (de landelijke populatie) en kolom 2 (de steekproef) wordt duidelijk, in welke subgroepen de steekproefpatiënten in belangrijke mate over- respectievelijk ondervertegenwoordigd zijn.

Bij nadere analyse van tabel 10 blijkt dat in de steekproef van lang en continu opgenomen patiënten (2-5 jaar) aanzienlijk meer patiënten voorkwamen met een leeftijd van 35-44 jaar en de diagnose schizofrenie, dan men op basis van de landelijke populatie zou mogen verwachten. Het aantal patiënten met een niet organische psychose (excl. schizofrenie en affectieve psychose) was daarentegen in de steekproef duidelijk ondervertegenwoordigd. Ten aanzien van de andere subgroepen van de steekproef waren de verschillen marginaal.

De steekproef van zeer lang opgenomen patiënten (z.l.o.p.) liet een oververtegenwoordiging van mannen zien (tabel 11), en minder patiënten met de diagnose "persoonlijkheidsstoornis". Voor de overige kenmerken bleken de verdelingen in de steekproef en

populatie goed overeen te stemmen. Het feit dat licht geestelijk gehandicapten (debilitas) wel voorwamen in de steekproef, maar niet in de landelijke cijfers, kan uit een verschil met het selectie criterium van de landelijke gegevens worden verklaard. Zo werden in het onderzoek, in tegenstelling tot de landelijke cijfers, alle patiënten met een primaire diagnose "debilitas" tot de doelgroep gerekend.

Alhoewel er dus enkele uitzonderingen zijn, lijkt de conclusie gerechtvaardigd dat de steekproeftrekking geresulteerd heeft in een representatieve verdeling van genoemde kenmerken over de patiënten.

ad c: in hoeverre heeft selectieve non-respons geleid tot een niet-representatieve verdeling van de respons-groep, dit zowel ten opzichte van de steekproef als de landelijke populatie?

De steekproeftrekking is dus in haar opzet geslaagd. Belangrijker dan de vraag naar de representativiteit van de steekproef is echter de representativiteit van de responsgroep, de groep van patiënten waarvoor de VOL I & II werd ingevuld. Op gegevens verzameld bij deze groep zullen immers de conclusies en aanbevelingen van dit onderzoek worden gebaseerd. Daarom werd eveneens de verdeling van kenmerken bij de responsgroep vergeleken met de populatiewaarden en de verdeling van de steekproef. In de derde kolom van de tabellen 10 en 11 zijn de verdelingen van de responsgroep weergegeven.

Bij een vergelijking van de laatste twee kolommen blijkt dat de responsgroep en steekproef nauwelijks in spreiding over kenmerken van elkaar verschillen. Er was dus geen selectieve non-respons. Wel bleven de bij b genoemde verschillen tussen steekproef en populatie ook bestaan tussen responsgroep en populatie.

De gegevens van de derde verblijfsduurgroep, de lang maar discontinu opgenomen patiënten (l.o.p.-dc.), zijn onvolledig. Van de 92 patiënten van de steekproef zijn voor 50 patiënten (non-responsgroep) gegevens beschikbaar over geslacht, leeftijd, burgerlijke staat, juridische situatie en diagnose. Bij een onderlinge vergelijking bleken de patiënten van de respons- en non-responsgroep bij toepassing van de χ^2 -toets niet significant ($P > .05$) op deze kenmerken van elkaar te verschillen. Het enige opvallende in de desbetreffende kruistabellen is de jongere leeftijd van de non-responsgroep. Van deze groep is 79% jonger dan 45 jaar, 62% zelfs jonger dan 35 jaar. De respectievelijke cijfers voor de responsgroep zijn 69% en 41%.

In verband met het kleine aantal patiënten en de betrekkelijk hoge non-respons kunnen de resultaten voor de groep van discontinu opgenomen patiënten een vertekend beeld te zien geven. De bevindingen voor deze groep van patiënten zijn dus slechts in zeer beperkte mate generaliseerbaar.

10.2. Steekproeftrekking bij de psychiatrische dagziekenhuizen

In Nederland waren eind 1983 62 instellingen voor psychiatrische dagbehandeling door het Ziekenfonds erkend, met in totaal 1665 plaatsen en 2044 ingeschreven patiënten (GHIGV, 1984). Uit het inventariserende onderzoek van Scheffer & Van den Hout (1981) bleek dat deze instellingen onderling aanzienlijk verschilden, wat betreft het type voorziening, huisvesting, autonomie van staf en behandeling en tevens wat betreft doelstelling (primaire/secundaire dagbehandeling), soort programma's en doelgroep. Helaas was van deze 62 instellingen niet bekend, in welke dagbehandelingscentra wel en in welke niet patiënten werden begeleid die daarvoor langdurig opgenomen waren geweest in een a.p.z.. Wel kon van een aantal instellingen op goede gronden worden aangenomen dat zij nauwelijks de door ons bedoelde patiënten zullen begeleiden. Het ging daarbij om dagcentra verbonden aan kinderen jeugdpsychiatrische instellingen (6), universiteitsklinieken (2) en andere categoriale ziekenhuizen (2). Ook werden de dag-

centra, waarvan Scheffer & Van den Hout (1981) aangaven dat zij voornamelijk of uitsluitend een primaire dagbehandelingsfunctie vervulden (ter voorkoming van klinische 24-uurs opname), buiten het steekproefkader gelaten ($N = 15$).

Bij de resterende 37 psychiatrische dagziekenhuizen werd er naar gestreefd om 150 patiënten voor dit onderzoek te benaderen. Omdat bij een steekproeftrekking bij 20 instellingen al spoedig bleek dat het streefgetal van 150 patiënten zeker niet gehaald zou worden, werd de steekproeftrekking uitgebreid tot alle 37 instellingen. Bij 15 instellingen (41%) stonden geen voor dit onderzoek relevante doelgroeppatiënten ingeschreven. Het ging daarbij om 11 dagziekenhuizen, die onderdeel waren van een algemeen psychiatrisch ziekenhuis, 3 van een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis, en 1 van een categoriaal psychiatrisch ziekenhuis. Zes instellingen (16%) hebben om uiteenlopende redenen (personeelsgebrek, 4x; arbeidsbelasting door ander onderzoek, 2x) geen medewerking aan dit onderzoek verlenend (bijlage 5). In de resterende 16 instellingen met doelgroeppatiënten (43%) was bij 125 patiënten aangegeven dat zij aan onze doelgroepdefinitie voldeden.

De bepaling van de doelgroeppatiënten binnen de dagziekenhuizen werd niet door de onderzoekers uitgevoerd, maar werd verricht door een contactpersoon binnen de instelling op basis van een schriftelijke handleiding. Wel werd zo nodig nadere toelichting gegeven. De uitvoeringsprocedure was verder identiek aan die in de psychiatrische ziekenhuizen.

10.2.1. Respons

Gedurende het verdere onderzoek bleek op basis van gegevens van de VOL I, dat 19 van de 125 patiënten alsnog niet aan de doelgroepomschrijving voldeden, namelijk 18 patiënten door een kortere a.p.z.-verblijfsduur en 1 patiënt door de diagnose "dementie". De l.o.p.-populatie (tevens steekproef) van de 16 instellingen bestond dus uit 106 patiënten. Voor 86 (81%) van deze patiënten werd zowel de VOL I als de VOL II ingevuld en geretourneerd, terwijl voor 78 (74%) alle drie de vragenlijsten beschikbaar waren.

Concluderend: er is sprake van een hoge respons op de VOL I & VOL II. Ook met de respons op alle drie de vragenlijsten, met bijna driekwart van de patiënten, waren wij zeer tevreden.

10.2.2. Representativiteit

Uit het voorgaande kan worden afgeleid dat het veel moeite heeft gekost om in de psychiatrische dagziekenhuizen voldoende patiënten met een lang a.p.z.-verleden te traceren. Het aantal doelgroeppatiënten in psychiatrische dagbehandeling werd bij het begin van het onderzoek duidelijk te hoog getaxeerd. De intentie was steekproefonderzoek, terwijl achteraf gezien - met enige beperkingen - eerder sprake was van een populatieonderzoek. Zowel het aantal deelnemende instellingen als de volledigheid van de respons geven voldoende waarborgen dat de responsgroep een natuurgetrouwe afspiegeling is van de populatie.

10.3. Steekproeftrekking bij de beschermende woonvormen

Op 31 december 1983 vielen 120 beschermende woonvormen onder de Tijdelijke Subsidiemaatregel Maatschappelijke Dienstverlening (T.S.M.D.). Van deze instellingen, waarin op dat moment 2700 bewoners verbleven (N.C.G.V., 1985), werd bij de steekproeftrekking uitgegaan.

Ook was bekend dat ongeveer tweederde (66%) van de bewoners van deze instellingen ooit eens opgenomen waren geweest in een psychiatrisch ziekenhuis (Haveman, Brook & Burger, 1983; Haveman, 1982a). Veel moeilijker was het om het aandeel bewoners te bepalen dat voorafgaand, volgens de in dit onderzoek gehanteerde definitie, langdurig in een psychiatrisch ziekenhuis opgenomen is geweest. Volgens een schatting van de Nederlandse Vereniging voor Beschermende Woonvormen was dit ongeveer 80% van de patiënten met een psychiatrische opname. Bovengenoemde informatie leidde tot een schatting van het steekproefkader op \pm 1450 bewoners van beschermende woonvormen. Bij de steekproeftrekking werd gestreefd naar een deelname van \pm 150 bewoners aan dit onderzoek, ongeveer 10% van de populatie.

Om dit aantal te bereiken werden in eerste instantie 25 aselect binnen de T.S.M.D.-lijst gekozen instellingen aangeschreven. Enkele instellingen bleken echter om uiteenlopende redenen (bijlage 5) voor deelname aan het onderzoek af te vallen, zodat de steekproef van instellingen is uitgebreid tot 36. Uiteindelijk hebben 21 beschermende woonvormen met doelgroepbewoners deelgenomen aan het onderzoek.

Evenals bij de psychiatrische dagziekenhuizen werden alle bewoners die aan de doelgroepdefinitie voldeden ($N = 191$) voor dit onderzoek benaderd. De verdere stappen in het onderzoek bij de beschermende woonvormen waren gelijk aan die in psychiatrische dagziekenhuizen.

10.3.1. Respons

Gedurende het onderzoek bleek één bewoner door de diagnose "dementie" alsnog niet aan de doelgroepdefinitie te voldoen. De populatie en tevens steekproef van 21 beschermende woonvormen bestond dus uit 190 bewoners, die vroeger langdurig waren opgenomen in psychiatrische ziekenhuizen.

Na het afsluiten van de dataverzameling was van 179 bewoners (94%) zowel de VOL I als de VOL II ingevuld. Omdat de meeste variabelen van het onderzoek gescoord werden met behulp van deze twee vragenlijsten, zijn de gegevens over deze sector, dank zij de medewerking van bewoners en personeel, dus vrij volledig. Voor 145 bewoners (76%) waren alle drie vragenlijsten ingevuld en beschikbaar. Ook de deelname aan de interviews (VOL III) was dus, in vergelijking met de andere sectoren, hoog.

10.3.2. Representativiteit

De respons op de VOL I en II was zo volledig, dat de responsgroep en steekproefgroep nauwelijks van elkaar verschilden. Tevens is de vraag naar de representativiteit van de steekproef c.q. responsgroep ten opzichte van de respectievelijke populatie van bewoners van de 21 beschermende woonvormen weinig relevant, omdat

populatie en steekproef binnen deze instellingen in dit geval identiek waren.

Blijft de vraag naar de representativiteit van de responsgroep ten opzichte van de bewoners van beschermende woonvormen, die vroeger langdurig in een algemeen psychiatrisch ziekenhuis waren opgenomen. Het ging daarbij niet, zoals eerder werd aangenomen, om + 1450 bewoners, maar eerder om + 1000. (5)

Ook hier, evenals bij de psychiatrische dagziekenhuizen, kan de vraag naar representativiteit niet worden beantwoord bij gebrek aan landelijke gegevens. De aanname lijkt echter gerechtvaardigd dat het grote aantal instellingen, de volledigheid van de respons en de omvang van de responsgroep tezamen voldoende waarborgen bieden voor een representatieve samenstelling.

DEEL IV - RESULTATEN

11. Oordeel van hulpverleners over mogelijkheden van vervangende zorg (resultaten voor de criteriumvariabele)

Als criterium voor de beantwoording van de vraag, of een patiënt al dan niet voor vervangende zorg in aanmerking kwam, werd het oordeel van de hoofdbehandelaar (psychiater of psycholoog) en een verpleegkundige genomen. Daartoe was aan deze hulpverleners verzocht om, onafhankelijk van elkaar, voor een aantal alternatieve voorzieningen (zie tabel 12) aan te geven, of de patiënt voor overplaatsing in aanmerking kwam. Als positieve vervangende zorg-indicaties werden al die gevallen beschouwd, waarin de hoofdbehandelaar en de verpleegkundige in oordeel overeenstemden. Een "ja" van de ene beoordelaar moest tenminste met een "mis-schien" van de andere beoordelaar overeenstemmen.

Voor een aantal patiënten bleek dat, ondanks een langdurig verblijf in het ziekenhuis, het perspectief op een alternatief niet verloren was gegaan. De hoofdbehandelaars en verpleegkundigen vonden dat voor ongeveer 30% van de lang opgenomen patiënten mogelijkheden bestonden voor andere vormen van huisvesting en zorg dan het huidige verblijf op de afdeling of in het paviljoen van een psychiatrisch ziekenhuis.

De behoefte aan huisvesting en ggz-begeleiding was voor deze groep patiënten zeer verschillend (tabel 12), en varieerde van zelfstandige kamerbewoning zonder begeleiding door Riagg of psychiatrische polikliniek tot beschermd kleinschalig wonen op het terrein van een psychiatrisch ziekenhuis.

Tabel 12: Lang opgenomen patiënten van 5 psychiatrische ziekenhuizen naar mogelijkheden van vervangende zorg; absoluut en percentages.

	abs	%
<u>door beide beoordelaars ingedeeld voor:</u>		
- zelfstandige kamerbewoning zonder aggz-begeleiding	4	1,0
- flat-/huisbewoning met ex-patiënten zonder aggz-begeleiding	-	-
- zelfstandige kamerbewoning met aggz-begeleiding	8	2,1
- flat-/huisbewoning met ex-patiënten met aggz-begeleiding	16	4,2
- psychiatrische dagbehandeling/dagzorg	3	0,8
- psychiatrisch hostel/sluisinternaat	3	0,8
- beschermende woonvorm buiten het ziekenhuisterrein	45	11,8
- beschermd kleinschalig wonen op het ziekenhuisterrein	37	9,7
subtotaal	116	30,4
- tenminste één alternatieve voorziening genoemd door één beoordelaar	180	47,3
- geen alternatieve voorziening genoemd door beide beoordelaars	85	22,3
totaal	381	100,0

Voor 7% van de patiënten behoorde huisvesting buiten de ggz-sector tot de mogelijkheden, namelijk in de vorm van zelfstandige kamerbewoning of samenwonen met andere ex-patiënten. Voor het merendeel van deze patiënten werd daarbij wel als voorwaarde gesteld dat begeleiding plaatsvindt door Riagg of psychiatrische polikliniek. Van de lang opgenomen patiënten kwam 13% voor semi-murale voorzieningen van de ggz in aanmerking. Met 12% werd daarbij een belangrijke plaats ingeruimd voor de beschermende woonvormen met een pensioentehuis-functie. Slechts weinig patiën-

ten (1%) kwamen daarentegen in aanmerking voor de hostelfunctie binnen het beschermd wonen.

Ook werden betrekkelijk weinig patiënten genoemd voor psychiatrische dagbehandeling. Het is aannemelijk dat dit oordeel mede bepaald werd door de omstandigheid dat op het tijdstip van onderzoek in bijna tweederde van de psychiatrische ziekenhuizen geen lang opgenomen patiënten voor dagbehandeling stonden ingeschreven. Uit inventariserend onderzoek van Scheffer en Van den Hout (1981) en Geerlings e.a. (1983a) en een literatuuronderzoek van Schene en Gersons (1985) blijkt dat de doelgroep voor dagbehandeling vooral bestaat uit personen, waarbij opnamepreventie of verkorting van een opname na een kortdurend verblijf in het psychiatrisch ziekenhuis als doelstelling voorop staat. Modelprogramma's voor lang opgenomen patiënten - gericht op resocialisatie en ontslag - zoals door Wing, Bennett, Shepherd, Watts e.a. in Engeland zijn uitgewerkt, zijn in Nederland echter nog schaars.

Anderzijds is het mogelijk dat door de financieringsvoorwaarden bij dagbehandeling te hoge eisen worden gesteld aan zowel de lang opgenomen patiënten als hun hulpverleners. Door de in de voorwaarden genoemde eis dat geselecteerd dient te worden op patiënten die op betrekkelijk korte termijn geen dagbehandeling meer hoeven te ontvangen, maar zelfstandig kunnen functioneren, blijft voor dit type van zorg alleen een beperkt aantal lang opgenomen patiënten over. Het gaat dan om patiënten, waarvoor het incidentele karakter van de ambulante nazorg onvoldoende is en die overdag behoefte hebben aan regelmaat en gestructureerde activiteiten, maar wel over een eigen onderkomen beschikken en goed sociaal redzaam zijn, zodat 24-uurs klinische zorg niet nodig is. Tenslotte bleek voor ongeveer 10% van de steekproefpatiënten een indicatie te bestaan voor beschermd samenwonen in kleinschalige voorzieningen op het instellingsterrein.

Zoals in een eerder rapport meer in detail werd aangegeven (Have-
man, Poelijoe & Tan; 1986), vraagt de verschillende begeleidings-
behoefte van de patiënten om een gedifferentieerde capaciteits-
planning van ggz-voorzieningen door de overheid. Daarbij zal
vooral het aantal beschikbare plaatsen in beschermende woonvormen

en zgn. sociowoningen aanzienlijk moeten worden uitgebreid om daadwerkelijk een nieuw perspectief te scheppen voor lang opgenomen patiënten van psychiatrische ziekenhuizen. Het principe van "aanbod schept vraag" geldt ook hier.

Maar ook bij aanwezigheid van voldoende geschikte plaatsen in dergelijke voorzieningen zal het vooral van de actieve steun van extra- en intramurale hulpverleners afhangen, hoeveel van de patiënten de moeilijke stap naar buiten kunnen ondernemen. In Nederland heeft vooral Delimon (1986) gewezen op het voortdurende proces van motiveren van en onderhandelen met de patiënt bij plaatsing in andere woonvormen. Naast immateriële aspecten, zoals het motiveren van patiënten en training in sociale vaardigheden, zal tevens hulp nodig zijn bij meer materiële aspecten, zoals huisvesting en uitkeringen. Intensieve samenwerking tussen Riagg, RIBW en psychiatrisch ziekenhuis is daarvoor onmisbaar, zowel op het niveau van medewerkers als directie en bestuur.

Omdat de lang opgenomen patiënten in het psychiatrisch ziekenhuis gebruik konden maken, indien dit noodzakelijk was, van medische hulp, fysiotherapie en maatschappelijk werk, zullen dergelijke voorzieningen ook buiten de geestelijke gezondheidszorg, zoals huisarts, fysiotherapeut en algemeen maatschappelijk werk, bij het overleg betrokken dienen te worden. Tevens zal zowel programatisch als personeelsmatig voldoende aandacht moeten worden gegeven aan de dagopvang van patiënten en hun vrijetijds-besteding 's avonds en in het weekeinde.

Het in dit onderzoek gevonden percentage van 30% eventueel te herplaatsen lang opgenomen patiënten lijkt op het eerste gezicht indrukwekkend, maar is het minder, als men beseft dat het bij bijna 10% vervangende zorg betreft in de vorm van kleinschalig beschermd wonen op het terrein van het psychiatrisch ziekenhuis. Bij een vergelijking met soortgelijk onderzoek in de angel-saksische landen zijn de gevonden percentages geenszins dysproportioneel te noemen. In een reeds eerder genoemd onderzoek bij een 15-tal psychiatrische ziekenhuizen in Engeland en Wales vonden Mann en Cree (1976) dat één derde van hun steekproefpatiënten met

een verblijfsduur van 1 tot 3 jaar ontslagen zou kunnen worden, indien geschikte voorzieningen (huisvesting, nazorg e.d.) in de maatschappij aanwezig zouden zijn. Wel tekenden zij daarbij aan dat deze groep patiënten in het algemeen meer beperkingen kende, dan de toenmalige bewoners van hostels. Faden en Goldman (1979) merken in een rapport van het National Institute for Mental Health in de V.S. op, dat uit de verschillende substitutie-onderzoeken in hun land regelmatig geconcludeerd wordt dat tenminste 30% van de lang opgenomen psychiatrische patiënten niet in de juiste voorzieningen verblijft. Wel hadden de in dit rapport genoemde onderzoeken veelal ook betrekking op instellingen, waarvoor de substitutiemogelijkheden in ons onderzoek niet werden bestudeerd (bv. nursing homes⁽⁶⁾).

Indien door het bovenstaande de indruk wordt gewekt dat de 30% een stabiele substitutiemarge is, zowel in de tijd gezien als in internationaal perspectief, dan willen wij deze indruk direct corrigeren. De onderzoeksdesigns, de bestudeerde voorzieningen en de steekproefpatiënten in de desbetreffende studies verschilden zoveel van elkaar dat het eerder aan toevallige omstandigheden is te wijten dat de onderzoekers bij de magische grens van één derde van de lang opgenomen patiënten van psychiatrische ziekenhuizen uitkomen.

12. Toetsing van hypothesen

In de voorgaande hoofdstukken is aangegeven voor welke onafhankelijke variabelen in dit onderzoek is gekozen; welke samenhang verondersteld wordt tussen deze variabelen en de mogelijkheid van vervangende zorg (hypothesen); hoe de afhankelijke en onafhankelijke variabelen zijn geoperationaliseerd; op welke manier de gegevens werden verzameld; en hoe groot de groep van patiënten was die voor vervangende zorg in aanmerking kwam. Vervolgens zal in dit hoofdstuk worden geschetst hoe de toetsing van de hypothesen heeft plaatsgevonden, en zullen de resultaten worden toegelicht.

De in hoofdstuk 6 geformuleerde hypothesen zijn op drie manieren getoetst, namelijk:

- (a) door de patiënten van psychiatrische ziekenhuizen die volgens de hulpverleners voor vervangende zorg in aanmerking komen te vergelijken met de groep opgenomen patiënten die niet voor vervangende zorg in aanmerking komt;
- (b) door de patiënten van psychiatrische ziekenhuizen te vergelijken met de bewoners van beschermende woonvormen;
- (c) door de patiënten van psychiatrische ziekenhuizen te vergelijken met de patiënten in psychiatrische dagbehandeling.

Toetsing (a): als de bestudeerde variabelen werkelijk een factor van betekenis waren voor het oordeel ten aanzien van vervangende zorg, dan zal dit ook tot uitdrukking moeten komen - zo is de redenering - in de scoreverdeling op de variabelen binnen de twee eerder genoemde groepen. Een statistisch significant verschil in de voorspelde richting bij éénzijdige toetsing - een verschil tussen beide groepen dat nauwelijks verklaard kan worden door toevalsverdelingen bij steekproeftrekking - geeft een indicatie dat de betrokken variabele een rol speelt in het oordeel van hulpverleners over mogelijkheden van vervangende zorg. Aan de hand van Kendall's tau en de getabelleerde data kan verder worden beoordeeld of het ook om een relevant verschil gaat.

Het eerste soort toetsing, toetsing a, heeft betrekking op mogelijkheden voor vervangende zorg. Het gaat om beoordelingen en taxaties, niet om daadwerkelijke plaatsingen. Ook dient men steeds te beseffen dat het begrip "vervangende zorg" in dit onderzoek breed is gedefinieerd, namelijk van zelfstandige huisvesting zonder professionele begeleiding tot en met kleinschalig beschermd wonen op het terrein van een psychiatrisch ziekenhuis.

Toetsing (b en c): het tweede en derde soort toetsing was concreter. Als referentiegroep diende de groep personen die daadwerkelijk na een langdurige opname de stap naar een beschermende woonvorm (toetsing b) en psychiatrische dagbehandeling (toetsing c) maakte.

Zoals in de hypothesen is verwoord, mag verwacht worden dat in geval van restricties in het ontslagbeleid van psychiatrische ziekenhuizen en van selectief intakebeleid van deze vervangende zorgvormen daar bijvoorbeeld minder personen (l.o.p.) met slechte zelfredzaamheid, suïcidaal gedrag e.d. zullen voorkomen dan in psychiatrische ziekenhuizen. Of dit ook werkelijk zo is, zal moeten blijken bij de toetsing. Een statistisch significant verschil op de desbetreffende variabele zal ook hier weer worden geïnterpreteerd als een indicatie voor het bestaan van een ontslagbelemmerende factor, maar dan toegespitst op een bepaalde voorzieningensector.

Als in de volgende hoofdstukken over "verschillen" wordt gesproken, dan wordt bedoeld "statistisch significante verschillen". De drie toetsingen tezamen geven een beeld van de consistentie van de resultaten voor een bepaalde hypothese.

12.1. Vaardigheden (bivariate toetsing)

In hoeverre onderscheiden zich nu lang opgenomen personen in algemene psychiatrische ziekenhuizen, wat betreft vaardigheden en gedragsbeperkingen, van de personen die na een dergelijke langdurige klinische opname in psychiatrische dagbehandeling zijn of in een beschermende woonvorm verblijven?

In dit hoofdstuk zal een indruk worden gegeven van de vaardigheden van de bewoners van bovengenoemde voorzieningensoorten. Een hoog puntenaantal op een index betekent dat veel van de bedoelde vaardigheden ontbreken, een lage score dat betrokkene het, wat dit aspect betreft, goed doet.

Bij de onderverdeling van de indices naar scoringscategorieën is gebruik gemaakt van informatie uit het vooronderzoek. Als referentiegroep voor de normering van de scores dienden een 24-tal demente bejaarden. Deze patiënten van een psychogeriatrische afdeling hadden op alle indices aanzienlijk meer beperkingen dan de patiënten van de overige afdelingen en van de pensiontehuizen. De beste score van 75% van deze 24 patiënten, de kwartielscore,

is vervolgens gekozen voor de markering van de overgang tot een "slechte" of "zeer slechte" score. Voor basale zelfredzaamheid was dit een puntenaantal van 6, voor potentiële sociale vaardigheden 4, voor interne sociale integratie 6, en voor externe sociale integratie een puntenaantal van 25. Aan de numerieke onderverdeling van de overige categorieën ligt geen extern criterium ten grondslag.

12.1.1. Basale zelfredzaamheid (BZR)

Schudel (1976) kwam in zijn onderzoek bij chronische patiënten van een 4-tal psychiatrische ziekenhuizen tot de conclusie dat vrijwel alle patiënten over een grote mate van zelfredzaamheid en zelfstandigheid beschikten. Nu, ongeveer 10 jaar later, moet daarbij een uitzondering worden gemaakt voor 15% van de patiënten. Deze patiënten bleken slecht tot zeer slecht te functioneren op essentiële zelfredzaamheidsaspecten (tabel 14).

Het merendeel (\pm 75%) van de lang opgenomen patiënten in de psychiatrische ziekenhuizen is echter nog steeds goed zelfredzaam in de basale, lichamelijke functies. Indien er wel problemen op dit gebied zijn, dan komt dit vooral tot uiting in hulpbehoefte bij aankleden en maatregelen bij incontinentie (tabel 13).

Tabel 13: Aspecten van basale zelfredzaamheid bij lang opgenomen patiënten in psychiatrische ziekenhuizen (N=381); percentuele verdeling van antwoorden.

Basale Zelfredzaamheid (BZR)	+	+/-	-
- hulp bij aankleden	77%	17%	6%
- 's nachts incontinent	83%	7%	10%
- urine/faeces op ongewenste plaatsen	84%	9%	7%
- overdag incontinent	86%	7%	7%
- besef over aard instelling	84%	9%	7%
- kent personeel bij naam	88%	5%	7%
- hulp bij eten nodig	83%	15%	2%
- kan lopen	84%	13%	3%
- kan bedoeling duidelijk maken	87%	11%	2%
- begripsvermogen	89%	11%	--
- oriëntatie binnen instelling	93%	4%	3%
- reageert op naam	95%	5%	--
- speciale voorzieningen voor uit bed vallen	97%	1%	2%
- speciale voorzieningen voor uit stoel vallen	97%	2%	1%

+ = zelfredzaam

+/- = gedeeltelijk zelfredzaam

- = niet zelfredzaam

Bij het eerste soort toetsing (a) bleek dat op alle BZR-items statistisch significante verschillen bestonden ($p < .0005$) tussen de groep patiënten die wel en patiënten die niet voor vervangende zorg in aanmerking kwam. Ook bij de vergelijking van de steekproefpatiënten van psychiatrische ziekenhuizen met de steekproef van bewoners van beschermende woonvormen (toetsing b) konden voor 10 aspecten verschillen ($p < .05$) worden geconstateerd. Als groep gezien waren de personen in beschermende woonvormen meer zelfredzaam.

Geen verschillen werden gevonden, wat betreft het besef over de aard van de instelling waar betrokkene verblijft, het begripsvermogen van de patiënt, het reageren op het noemen van de naam en

het treffen van voorzieningen om uit bed vallen te voorkomen. Op de drie laatstgenoemde items verschilden ook niet de patiënten in psychiatrische dagbehandeling (toetsing c).

De resultaten op itemniveau laten reeds vermoeden dat de zelfredzaamheid van patiënten een belangrijk aspect is bij de besluitvorming over vervangende zorg. De resultaten op index-niveau bevestigen dit beeld (tabel 14).

H1: Naarmate de basale zelfredzaamheid van lang opgenomen patiënten geringer is, komen zij minder in aanmerking voor vervangende zorg.

Tabel 14: Lang opgenomen patiënten in psychiatrische ziekenhuizen naar mate van basale zelfredzaamheid (BZR) en mogelijkheden van vervangende zorg; absoluut en percentages.

	goed		redelijk	slecht		zeer slecht	
BZR	0-2		3-5	6-11		12-28	totaal
vervangende							
zorg-groep	103 (36%)	9 (23%)	4 (11%)	- (0%)		116 (30%)	
overigen	184	30	32	20		265	
totaal	287 (100%)	39 (100%)	36 (100%)	20 (100%)		381 (100%)	
tau = .212; s.e. = .039; p(a)<.0001							

Een goede zelfredzaamheid, wat betreft een aantal belangrijke lichamelijke en psychologische functies, lijkt een essentieel criterium te zijn bij de beoordeling, of een patiënt wel of niet voor vervangende zorg in aanmerking komt. Van de 116 patiënten die door beide hulpverleners voor vervangende zorg waren ingedeeld, hadden 103, ofwel 89%, een goede BZR-score.

Naar aanleiding van tabel 14 kan worden geconstateerd dat met de afname van de zelfredzaamheid minder patiënten voor vervangende zorg in aanmerking komen. Bij de 4 patiënten die slecht zelfredzaam waren en toch voor vervangende zorg werden ingedeeld, werd kleinschalig beschermd wonen op het terrein (N=2) en buiten het

terrein van het psychiatrisch ziekenhuis (N=2) aanbevolen. Een goede basale zelfredzaamheid was echter geen voldoende voorwaarde voor ontslag. Zo werd 64% van de patiënten met een goede BZR toch niet geschikt geacht voor vervangende zorg.

Tabel 15: Personen (l.o.p.) in algemene psychiatrische ziekenhuizen (APZ), beschermende woonvormen (BWV) en psychiatrische dagbehandeling (PDB) naar mate van basale zelfredzaamheid; percentages.

BZR		APZ N=381	BWV N=179	PDB N=86
zeer goed	(0)	51,9%	62,4%	84,8%
goed	(1-2)	23,3	26,9	11,5
redelijk	(3-5)	10,3	8,4	3,7
slecht	(6-11)	9,5	2,3	---
zeer slecht	(12-28)	5,1	---	---
totaal		100,0%	100,0%	100,0%
			$\chi^2 = 35,2$	$\chi^2 = 34,2$
			df = 4	df = 4
			p(b) < .0005	p(c) < .0005

De personen die na een langdurige klinische opname op het tijdstip van onderzoek in beschermende woonvormen of psychiatrische dagbehandeling verbleven, waren in het algemeen beter zelfredzaam dan de personen (l.o.p.) die in psychiatrische ziekenhuizen verbleven.

Concluderend, kan worden vastgesteld dat hypothese 1 door de drie toetsingen wordt ondersteund. Hoe geringer de basale zelfredzaamheid van lang opgenomen patiënten in psychiatrische ziekenhuizen is, des te minder komen zij volgens hun hulpverleners in aanmerking voor vervangende zorg en des te minder worden zij ook daadwerkelijk geplaatst in beschermende woonvormen en psychiatrische dagbehandeling.

12.1.2. Potentieel sociale vaardigheden (PSV)

Voor een meer zelfstandig leven buiten de instelling zijn meer vaardigheden nodig dan het kunnen wassen, kleden, eten e.d.. Voor een grotere onafhankelijkheid is het tevens noodzakelijk dat betrokkene over vaardigheden beschikt zoals boodschappen doen, gebruik maken van openbaar vervoer, bereiden van maaltijden en telefoneren.

Uit tabel 16 valt af te lezen dat een aantal patiënten in psychiatrische ziekenhuizen deze vaardigheden niet had.

Tabel 16: Aspecten van potentieel sociale vaardigheden bij lang opgenomen patiënten in psychiatrische ziekenhuizen (N=381); percentuele verdeling van antwoorden.

Potentieel Sociale Vaardigheden (PSV)	+	+/-	-
- in staat eenvoudige warme maaltijd te bereiden	18%	36%	46%
- in staat boodschappen te doen	35%	37%	28%
- in staat openbaar vervoer te gebruiken	45%	23%	32%
- in staat op te bellen	58%	18%	24%

+ = sociaal vaardig

+/- = gedeeltelijk sociaal vaardig

- = niet sociaal vaardig

Betrekkelijk weinig patiënten (18%) waren in staat om volledig zelfstandig een eenvoudige warme maaltijd te bereiden. Alhoewel er in dit opzicht wel enig verschil was tussen mannen en vrouwen (11% versus 26%), gold ook voor de vrouwen dat 39% niet tot koken in staat was en 35% daarbij gedeeltelijk hulp nodig had. Problemen waren er ook, wat betreft het boodschappen doen. Eénderde van de patiënten was daartoe zelfstandig in staat, terwijl de overige patiënten slechts boodschappen konden doen met gedeeltelijke of volledige personele begeleiding.

Bijna de helft (45%) van de patiënten kon zonder hulp gebruik maken van het openbaar vervoer. In dit opzicht deden de mannen het beter (55% versus 34%). De meeste patiënten konden zelfstandig en doeltreffend een telefoongesprek voeren vanuit een telefooncel. Van de lang opgenomen patiënten was 58% daartoe volledig in staat, 18% gedeeltelijk en 24% geheel niet.

De groep patiënten van psychiatrische ziekenhuizen die voor vervangende zorg in aanmerking kwam, onderscheidde zich ($p < .0005$) op alle PSV-aspecten van de groep patiënten die volgens het hulpverlenersoordeel in de instelling zou moeten blijven (toetsing a). Tevens waren de steekproefpersonen van beschermende woonvormen en centra voor psychiatrische dagbehandeling in het algemeen vaardiger ($p < .0005$) op de genoemde aspecten dan de patiënten in psychiatrische ziekenhuizen (toetsing b en c). De gevonden verschillen waren ook statistisch significant ($p < .05$) bij toetsing apart voor mannen en vrouwen.

H2: Naarmate de potentieel sociale vaardigheden van lang opgenomen patiënten geringer zijn, komen zij minder in aanmerking voor vervangende zorg.

Tabel 17: Lang opgenomen patiënten in psychiatrische ziekenhuizen naar mate van potentieel sociale vaardigheden (PSV) en mogelijkheden van vervangende zorg; absoluut en percentages.

	goed	redelijk	slecht	
PSV	0-1	2-3	4-8	totaal
vervangende zorg-groep	60 (57%)	33 (34%)	23 (13%)	116 (30%)
overigen	46	63	156	265
totaal	106 (100%)	96 (100%)	179 (100%)	381 (100%)

tau = .378; s.e. = .044; $p(a) < .0001$

Het is aannemelijk dat bij het oordeel van hulpverleners om patiënten voor vervangende zorg in te delen, in belangrijke mate rekening wordt gehouden met bovengenoemde sociale vaardigheden. Van de patiënten met een goede PSV-score werd 57% ingedeeld voor vervangende zorg, terwijl voor patiënten met een slechte PSV-score dit aandeel 13% was. De relatie tussen potentieel sociale vaardigheden en oordeel over vervangende zorg is:

- consequent dalend: met de afname van de vaardigheden daalt ook het aantal vervangende zorg-patiënten,
- relevant: een goede PSV-score is een redelijke voorspeller voor toedeling naar de vervangende zorg-groep ($60/116 \times 100 = 52\%$); een slechte PSV-score is een redelijke voorspeller voor het niet in aanmerking komen voor vervangende zorg ($156/265 \times 100 = 59\%$); en
- statistisch significant: het is niet aannemelijk dat de gevonden verschillen verklaard kunnen worden door toevalsfluctuaties bij steekproeftrekking alleen.

Tabel 18: Personen (l.o.p.) in algemene psychiatrische ziekenhuizen (APZ), beschermende woonvormen (BWV) en psychiatrische dagbehandeling (PDB) naar de mate van potentieel sociale vaardigheden; percentages.

PSV	APZ N=381	BWV N=179	PDB N=86
goed (0-1)	28,0%	42,5%	80,2%
redelijk (2-3)	25,1	34,1	7,0
slecht (4-8)	47,0	23,5	12,8
totaal	100,0%	100,0%	100,0%
		$\chi^2 = 28,2$	$\chi^2 = 81,7$
		df = 2	df = 2
		p(b) < .0001	p(c) < .00001

Het beeld van de meer sociaal vaardige patiënt/bewoner dringt zich ook op, als de gegevens worden bekeken voor personen die na een langdurige opname in vervangende zorg verblijven. De personen

(l.o.p.) in beschermende woonvormen, maar vooral in psychiatrische dagbehandeling, waren aanzienlijk sociaal vaardiger dan de lang opgenomen patiënten in psychiatrische ziekenhuizen. Vier-vijfde van de dagbehandelingspatiënten kende nauwelijks belemmeringen in de onderscheiden vaardigheden, te weten: telefoneren, bereiden van maaltijden, boodschappen doen en gebruik van openbaar vervoer.

Conclusie: gezien het consistente patroon van de resultaten is voldoende evidentie aanwezig om ook de tweede hypothese als ondersteund te aanvaarden. Hoe geringer de potentieel sociale vaardigheden van lang opgenomen patiënten zijn, des te minder komen zij volgens hun hulpverleners in aanmerking voor vervangende zorg. Tevens neemt ook de kans af op een daadwerkelijke plaatsing in een beschermende woonvorm of in psychiatrische dagbehandeling.

12.1.3. Interne sociale integratie (ISI)

Bij de vorige twee variabelen (BZR, PSV) ging het om vaardigheden die nodig zijn voor adequate communicatie en sociale interactie. De sociale vaardigheden van de PSV-index waren zo geformuleerd dat de verpleegkundigen niet het daadwerkelijke gedrag van patiënten moesten beoordelen, maar of de patiënten tot bepaalde activiteiten in staat waren.

De volgende twee variabelen - Interne Sociale Integratie (ISI) en Externe Sociale Integratie (ESI) - beogen gedrag op en buiten de afdeling te meten, zoals gezien en beoordeelt door verpleegkundigen. Bij ISI gaat het daarbij om de mate van coöperatief gedrag en sociale aanpassing binnen de instelling.

Tabel 19: Aspecten van interne sociale integratie bij lang opgenomen patiënten in psychiatrische ziekenhuizen (N=381); percentuele verdeling van antwoorden.

Interne Sociale Integratie (ISI)	+	+/-	-
- ongevraagd bewoners helpen	19%	45%	36%
- omgaan met 1 of meer bewoners	38%	37%	25%
- zinvol bezig buiten therapie	37%	42%	21%
- praat uit zichzelf met andere bewoners	45%	38%	17%
- helpt op de afdeling/in instelling	61%	22%	17%
- gevraagd helpen	67%	31%	2%

+ = sociaal geïntegreerd

+/- = gedeeltelijk sociaal geïntegreerd

- = niet sociaal geïntegreerd

Het beeld dat Schudel (1976) schetste van het sociale isolement, waarin betrekkelijk veel patiënten ook binnen de instelling verkeren, kwam ook in dit onderzoek naar voren. Een aantal lang opgenomen patiënten vertoonde in het psychiatrisch ziekenhuis een beperkt interactie- en communicatiepatroon. Zo ging één kwart van de patiënten nooit met één of meer bewoners om. Ook hielp 36% nooit andere patiënten bij bijvoorbeeld eten en spel, 17% knoopte nooit uit zichzelf een praatje aan met andere bewoners, en 21% was nooit buiten de therapie-uren om actief in de vorm van bijvoorbeeld werken, lezen, spelletjes doen, hobbies en met anderen praten.

Wel hielp meer dan 60% van de bewoners op de afdeling mee bij bijvoorbeeld afwassen en bloemen verzorgen, of elders in de instelling bijvoorbeeld bij de plantsoendienst.

De vervangende zorggroep scoorde op alle ISI-items beter ($p < .0001$) dan de overige steekproefpatiënten van psychiatrische ziekenhuizen (toetsing a), en dat gold ook voor de bewoners van beschermende woonvormen ($p < .05$) in vergelijking met de totale steekproef van ziekenhuispatiënten (toetsing b).

Weinig verschillen werden gevonden tussen klinisch opgenomen patiënten en dagbehandelingspatiënten voor de drie ISI-items, die betrekking hebben op "helpen".

H3: Naarmate de interne sociale integratie van lang opgenomen patiënten geringer is, komen zij minder in aanmerking voor vervangende zorg.

Tabel 20: Lang opgenomen patiënten in psychiatrische ziekenhuizen naar mate van interne sociale integratie (ISI) en mogelijkheden van vervangende zorg; absoluut en percentages.

	goed	redelijk	slecht	
ISI	0-2	3-5	6-12	totaal
vervangende				
zorg-groep	59 (48%)	43 (33%)	14 (11%)	116 (30%)
overigen	64	86	115	265
totaal	123 (100%)	129 (100%)	129 (100%)	381 (100%)
tau = .312; s.e. = .043; p<.0001				

Bijna de helft van de patiënten met een goede interne sociale integratie bleek inderdaad in aanmerking te komen voor vervangende zorg, en verschilde in dit opzicht duidelijk van patiënten met minder sociale contacten op de afdeling. Zo werd één derde van de patiënten met een redelijke mate van ISI voor vervangende zorg geïndiceerd, en slechts tien procent van de patiënten met een geringe mate van ISI. De gevonden relatie was consequent dalend en statistisch significant.

Tabel 21: Personen (l.o.p.) in algemene psychiatrische ziekenhuizen (APZ), beschermende woonvormen (BWV) en psychiatrische dagbehandeling (PDB) naar mate van interne sociale integratie; percentages.

		APZ	BWV	PDB
		N=381	N=179	N=86
ISI				
goed	(0-2)	32,3%	43,7%	35,9%
redelijk	(3-5)	33,9	39,7	35,7
slecht	(6-12)	33,9	16,7	28,4
totaal		100,0%	100,0%	100,0%
			$\chi^2 = 17,8$	$\chi^2 = 5,7$
			df = 2	df = 2
			p(b) < .0001	p(c) = .059

Ook in beschermende woonvormen en in psychiatrische dagbehandeling verbleven meer patiënten met een goede en redelijke ISI, dan in psychiatrische ziekenhuizen. Voor de patiënten in psychiatrische dagbehandeling was dit verschil niet statistisch significant.

Het is mogelijk dat met de ISI-index zowel verschil in patiëntengedrag werd gemeten als verschil in setting en zorgaanbod. Zowel wat betreft grootte, sfeer, activiteiten en personeel onderscheiden vele afdelingen en paviljoenen zich van bijvoorbeeld beschermende woonvormen. Een systematisch verschil ten aanzien van dagbehandelingspatiënten is verder dat het gedrag van deze patiënten 's avonds en in het weekend onderbelicht blijft.

Conclusie: alhoewel gerelativeerd door bovengenoemde kanttekeningen ten aanzien van mogelijke settingeffecten, kan ook de derde hypothese als ondersteund worden aanvaard. Patiënten die constructief en hulpvaardig deelnemen aan activiteiten op de afdeling (ISI) worden eerder positief beoordeeld voor vervangende zorg dan patiënten die minder deelnemen aan het interne sociale gebeuren.

12.1.4. Externe sociale integratie

Het aantal contacten van lang opgenomen patiënten in psychiatrische ziekenhuizen met het maatschappelijke leven buiten de instelling was beperkt. Meer dan de helft ondernam nooit of zeer zelden activiteiten zonder personele begeleiding buiten het instellingsterrein, zoals fietsen, wandelen, zwemmen e.d.. Een deel van de patiënten (45%) ging ook niet samen met personeel op stap. Driekwart van de patiënten bleef gedurende de weekends in het psychiatrische ziekenhuis, 15% ging één keer in de maand het gehele weekend naar familie, vrienden of kennissen en 11% méér dan een keer per maand.

Het verrichten van betaald of onbetaald werk buiten de instelling in de vorm van bijvoorbeeld activiteiten in een sociale werkplaats, een baan of klusjes, kwam incidenteel voor. Tweederde ging nooit of zeer zelden midden in de week op bezoek bij kennissen, vrienden of familie die buiten de instelling woonden. Wel kreeg 60% één keer of vaker in de maand bezoek van familieleden of vrienden/kennissen, en meer dan de helft deed wel eens boodschappen buiten het terrein. Eénderde van de patiënten ging bijna ieder jaar op vakantie.

Tabel 22: Aspecten van externe sociale integratie bij lang opgenomen patiënten in psychiatrische ziekenhuizen (N=381); percentuele verdeling van antwoorden.

Externe Sociale Integratie (ESI)	+	+/-	-
- werkt buiten de instelling	5%	2%	93%
- bezoekt bioscoop, theater, concert, kerk	6%	19%	75%
- blijft weekend bij anderen	11%	15%	74%
- gaat in de week op bezoek	14%	18%	68%
- schrijft brieven/kaarten	11%	26%	63%
- krijgt brieven/kaarten	12%	45%	43%
- wordt opgebeld	17%	42%	41%
- activiteiten buiten (met personele begeleiding)	21%	34%	45%
- activiteiten buiten (zonder personele begeleiding)	32%	13%	55%
- krijgt bezoek	20%	41%	39%
- telefoneert zelf met anderen	26%	28%	46%
- praat met personeel over gebeurtenissen buiten	19%	48%	33%
- leest krant	27%	33%	40%
- leest tijdschriften	27%	34%	39%
- gaat op vacantie	36%	21%	43%
- boodschappen doen buiten	38%	20%	42%
- doet mee aan uitstapjes	31%	45%	24%
- kijkt televisie	50%	39%	11%
- komt buiten terrein instelling	37%	50%	13%

+ = sociaal geïntegreerd

+/- = gedeeltelijk sociaal geïntegreerd

- = niet sociaal geïntegreerd

Patiënten die volgens de hulpverleners in aanmerking kwamen voor vervangende zorg, hadden bij 16 van de 19 genoemde aspecten aanzienlijk meer externe contacten dan de overige steekproefpatiënten van psychiatrische ziekenhuizen (toetsing a). Geen verschillen ($p > .05$) werden gevonden voor het ontvangen van post, het

krijgen van bezoek en het meedoen aan uitstapjes.

Ook de personen die na een langdurige opname in een psychiatrisch ziekenhuis in beschermende woonvormen verbleven en psychiatrische dagbehandeling ontvingen, namen op bijna alle aspecten meer deel aan het maatschappelijke gebeuren ($p < .05$) dan de patiënten die in psychiatrische ziekenhuizen verbleven (toetsing b en c). Alleen ten aanzien van het ondernemen van activiteiten buiten de instelling, samen met het personeel, werden weinig verschillen gevonden.

H4: Naarmate de externe sociale integratie van lang opgenomen patiënten geringer is, komen zij minder in aanmerking voor vervangende zorg.

Tabel 23: Lang opgenomen patiënten in psychiatrische ziekenhuizen, naar mate van externe sociale integratie (ESI) en mogelijkheden van vervangende zorg; absoluut en percentages.

	goed	redelijk	slecht	
ESI	0-14	15-24	25-40	totaal
vervangende				
zorg-groep	24 (48%)	67 (45%)	25 (14%)	116 (30%)
overigen	26	82	157	265
totaal	50 (100%)	149 (100%)	182 (100%)	381 (100%)
tau = .318; s.e. = .045; $p(a) < .0001$				

Terwijl ongeveer één derde van de patiënten goed bleek deel te nemen (tabel 21) aan activiteiten binnen de instelling (ISI), was het aantal patiënten met een goede externe sociale integratie betrekkelijk gering. Van de 381 steekproefpatiënten namen 50, ofwel 13%, in ruime mate deel aan het maatschappelijke leven buiten de instelling.

Alhoewel de patiënten met een goede score op de ESI-index de grootste kans (48%) hadden om voor vervangende zorg ingedeeld te

worden, verschilde dit aandeel niet veel van de patiënten met een redelijke mate van ESI. Ook van deze patiënten werd nog 45% door beide hulpverleners geschikt geacht voor vervangende zorg. Vanaf een indexscore van 25 of meer tenslotte was de kans op vervangende zorg met 11% gering.

Tabel 24: Personen (l.o.p.) in algemene psychiatrische ziekenhuizen (APZ), beschermende woonvormen (BWV) en psychiatrische dagbehandeling (PDB) naar mate van externe sociale integratie; percentages.

ESI		APZ N=381	BWV N=179	PDB N=86
goed	(0-14)	13,1%	35,6%	60,3%
redelijk	(15-24)	39,1	52,9	31,5
slecht	(25-40)	47,7	11,5	8,2
totaal		100,0%	100,0%	100,0%
			$\chi^2 = 78,72$	$\chi^2 = 89,1$
			df = 2	df = 2
			p(b) < .00001	p(c) < .00001

In vergelijking met klinisch opgenomen patiënten was de contactfrequentie en -intensiteit van personen in beschermende woonvormen en met psychiatrische dagbehandeling met gebeurtenissen en personen buiten de instelling aanzienlijk groter. Voor de personen in psychiatrische dagbehandeling lag de hogere ESI-score voor de hand, omdat allen buiten het ziekenhuisterrein wonen, en daar ook een gedeelte van hun vrije tijd besteden. Ook de gemiddeld betere scores van de bewoners van beschermende woonvormen zijn onder andere verklaarbaar door de kleinschaligheid van deze instellingen en de locatie in bevolkingskernen. Activiteiten buiten de instelling zonder begeleiding worden hierdoor gestimuleerd.

Beschermende woonvormen verschilden van centra voor psychiatrische dagbehandeling door een grotere nadruk op het aspect "arbeid". Meer dan éénderde (39%) van de bewoners had regelmatig werk, vooral in WSW-instellingen. Van de dagbehandelingspatiënten verrichtte 21% dikwijls betaald of onbetaald werk.

De gevonden ESI-verschillen tussen enerzijds personen in beschermende woonvormen en dagbehandeling en anderzijds personen opgenomen in psychiatrische ziekenhuizen, konden echter niet geheel door het verschil in opvangsituatie worden verklaard. Het is aannemelijk dat ook gerichte selectie bij intake van meer sociaal vaardige personen in beschermende woonvormen en dagbehandeling een belangrijke rol speelde.

Concluderend kan worden vastgesteld dat ook de vierde hypothese gedeeltelijk door bovenstaande resultaten wordt ondersteund. Het besluit om lang opgenomen patiënten voor vervangende zorg in aanmerking te laten komen is mede gebaseerd op het gegeven dat betrokkene over een redelijke mate van externe sociale integratie beschikt. Voor een positief oordeel over vervangende zorg echter is een goede ESI niet strikt noodzakelijk.

12.2. Vaardigheden (multivariate analyse)

Verwacht mag worden dat tussen de vier onderscheiden vaardigheden onderlinge samenhang bestaat. Een hoge score op de ene index zal veelal gepaard gaan met een hoge score op een andere. En een lage score op een index zal tevens overeenkomen met een lage score op een andere index. Zo is het aannemelijk dat iemand met een slechte zelfredzaamheid wat betreft basale lichamelijke en psychische functies (BZR), ook over weinig mogelijkheden beschikt om gebruik te maken van openbaar vervoer, de telefoon e.d. (PSV) en beperkt deelneemt aan sociale activiteiten binnen (ISI) en buiten (ESI) de instelling.

Tabel 25 geeft per voorzieningensector door middel van lineaire correlaties een indruk over de onderlinge samenhang van de vier vaardigheidsindices.

Tabel 25: Correlatiematrix van de vier vaardigheidsindices per voorzieningensoort.

Psychiatrische ziekenhuizen (N=381)

	BZR	PSV	ISI	ESI
basale zelfredzaamheid (BZR)	1.00			
potentiëel sociale vaardigheden (PSV)	0.58	1.00		
interne sociale integratie (ISI)	0.56	0.63	1.00	
externe sociale integratie (ESI)	0.48	0.70	0.66	1.00

Beschermende woonvormen (N=179)

	BZR	PSV	ISI	ESI
basale zelfredzaamheid (BZR)	1.00			
potentiëel sociale vaardigheden (PSV)	0.52	1.00		
interne sociale integratie (ISI)	0.36	0.38	1.00	
externe sociale integratie (ESI)	0.28	0.55	0.50	1.00

Psychiatrische dagbehandeling (N=86)

	BZR	PSV	ISI	ESI
basale zelfredzaamheid (BZR)	1.00			
potentiëel sociale vaardigheden (PSV)	0.45	1.00		
interne sociale integratie (ISI)	0.32	0.53	1.00	
externe sociale integratie (ESI)	0.33	0.69	0.59	1.00

De vaardigheden bij de patiënten in psychiatrische ziekenhuizen waren veelal hoog positief aan elkaar gerelateerd ($r > .50$). Patiënten die op de ene index laag scoorden, scoorden veelal ook laag op andere indices, terwijl hoge indexscores vaak overeenkwamen met hoge scores op andere indices.

Voor de beschermende woonvormen en centra voor psychiatrische dagbehandeling waren de verbanden wel positief, maar voor enkele vaardigheden minder sterk. Zo bleek de basale zelfredzaamheid van personen in deze voorzieningen minder gerelateerd te zijn aan de

mate van interne en externe sociale integratie. Bij de personen in beschermende woonvormen bestond tevens een minder sterk verband ($r = .38$) tussen de deelname aan activiteiten binnen de instelling (ISI) enerzijds en het beschikken over sociale vaardigheden (PSV) anderzijds.

Het vervolg van dit hoofdstuk zal beperkt blijven tot de vaardigheidsgegevens voor patiënten van psychiatrische ziekenhuizen (toetsing a). Nadat in hoofdstuk 12.1. is nagegaan, hoe het vervangende zorg-oordeel van arts en verpleegkundige samenhangt met enkelvoudige vaardigheden (bivariate analyse), zal in dit hoofdstuk de vraag worden beantwoord, welke combinaties van scores op de vaardigheden overeenkomen met een positief respectievelijk negatief plaatsingsoordeel (multivariate analyse). Daarbij is gebruik gemaakt van zgn. cross-classificatie van de vier variabelen.

- Cross-classificatie

Als basis voor de cross-classificatie diende een kruistabel bestaande uit de vier vaardigheden en het oordeel over vervangen-de zorg. Ten behoeve van de overzichtelijkheid was het noodzakelijk om de vaardigheidsvariabelen te dichotomiseren. Als afkappunten voor BZR, PSV, ISI en ESI werd naar aanleiding van de resultaten van de bivariate analyse gekozen voor de scores 3, 2, 3 en 25. Indien de patiënt een lagere score had dan werd hij/zij als vaardig op de index beschouwd, terwijl aan de afkapscore of een hogere score de betekenis "minder vaardig" werd toegekend. De cross-classificatie van deze vier gedichotomiseerde indices resulteerde in $2^4 = 16$ mogelijke combinaties, waarvan de resultaten voor 360 steekproefpatiënten zijn weergegeven (tabel 26). Van 21 van de 381 steekproefpatiënten ontbrak op tenminste één van de indices een score.

Tabel 26: Classificatie van patiënten die wel of niet voor vervangende zorg geschikt worden geacht op basis van basale zelfredzaamheid (BZR), potentieel sociale vaardigheden (PSV), interne sociale integratie (ISI) en externe sociale integratie (ESI).

	T				V	V/T x 100	
	X ₁	X ₂	X ₃	X ₄	Totaal	Vervangende	Percentage ver-
	BZR	PSV	ISI	ESI	steekproef	zorg-groep	vangende zorg
1.	0-2	0-1	0-2	0-24	53	33	64%
2.	3+	0-1	0-2	0-24	--	--	---
3.	0-2	0-1	3+	0-24	27	14	52%
4.	3+	0-1	3+	0-24	4	2	50%
5.	0-2	2+	0-2	0-24	34	17	50%
6.	3+	2+	0-2	0-24	4	2	50%
7.	0-2	2+	3+	0-24	60	15	25%
8.	3+	2+	3+	0-24	8	5	63%
9.	0-2	0-1	0-2	25+	6	3	50%
10.	3+	0-1	0-2	25+	--	--	---
11.	0-2	0-1	3+	25+	11	5	46%
12.	3+	0-1	3+	25+	--	--	---
13.	0-2	2+	0-2	25+	16	1	6%
14.	3+	2+	0-2	25+	2	--	0%
15.	0-2	2+	3+	25+	64	12	19%
16.	3+	2+	3+	25+	71	4	6%
Totaal					360	113	31%

Welke combinaties van de vier vaardigheden komen nu in de steekproef het meeste voor, en welke vaardigheidspatronen komen het meest overeen met een positief oordeel over vervangende zorg?

De bespreking van de resultaten van tabel 26 zal beperkt blijven tot de vaardigheidspatronen die voor meer dan 10% van de patiënten golden.

Eénvijfde ofwel 71 patiënten van de steekproef hadden enige of ernstige beperkingen op alle vaardigheidsvariabelen (patroon 16).

Slechts 6% van deze patiënten werd door zowel de hoofdbehandelaar als de verpleegkundige geïndiceerd voor vervangende zorg.

Andere 64 patiënten waren goed zelfredzaam, maar zowel beperkt in hun (potentieel) sociale vaardigheden als ook in de mate van interne en externe sociale integratie (patroon 15). Ook de patiënten met dit vaardigheidspatroon kwamen nog betrekkelijk weinig (19%) in aanmerking voor vervangende zorg.

Bij 60 patiënten ging een goede basale zelfredzaamheid en een goede externe sociale integratie gepaard met matige scores op de PSV- en ISI-index (patroon 7). Een kwart van deze patiënten (25%) werd ingedeeld voor vervangende zorg.

Tenslotte hadden 53 patiënten goede scores op alle vier vaardigheidsvariabelen (patroon 1). Ongeveer tweederde (64%) van de patiënten met een dergelijk vaardigheidspatroon werd geschikt geacht voor vervangende zorg.

Aan de hand van de gegevens van tabel 26 kan worden nagegaan, of de variabelen interne of externe sociale integratie nog een extra bijdrage leveren voor het oordeel van de hulpverleners over vervangende zorg, als met de invloed van de variabelen BZR en PSV reeds rekening is gehouden. De volgende twee vragen kunnen in dit verband worden gesteld:

- (1) als lang opgenomen patiënten niet van elkaar verschillen, wat betreft BZR en PSV, worden dan patiënten die veel deelnemen aan activiteiten binnen de instelling (ISI) eerder voor vervangende zorg ingedeeld dan patiënten die minder aan activiteiten binnen de instelling participeren? En:
- (2) als lang opgenomen patiënten niet verschillen, wat betreft BZR en PSV, worden dan patiënten die veel activiteiten ondernemen buiten de instelling (ESI), eerder voor vervangende zorg ingedeeld dan patiënten die minder vaak dergelijke activiteiten ondernemen?

In verband met de voorgaande vragen kan de invloed van de variabelen interne en externe sociale integratie bestudeerd worden voor een drietal subgroepen, namelijk:

- patiënten die zelfredzaam en sociaal vaardig zijn (patronen 1, 3, 9 en 11; N=97);
- patiënten die zelfredzaam maar beperkt sociaal vaardig zijn (patronen 5, 7, 13 en 15; N=174);
- patiënten die beperkt zelfredzaam en beperkt sociaal vaardig zijn (patronen 6, 8, 14 en 16; N=85).

De combinatie van geringe zelfredzaamheid en goede sociale vaardigheden (patronen 2, 4, 10 en 12) - niet logische patronen als men uitgaat van een goede BZR als noodzakelijke voorwaarde voor goede PSV - kwam bij 4 patiënten voor. Voor deze subgroep is de analyse niet uitgevoerd, gezien het beperkte aantal waarnemingen.

Zelfredzame en sociaal vaardige patiënten

Lang opgenomen patiënten die goed zelfredzaam en goed sociaal vaardig waren, werden eerder voor vervangende zorg ingedeeld als zij tevens veel deelnamen aan activiteiten binnen (ISI) of buiten de instelling (ESI). Vooruitlopend op de resultaten voor de twee andere subgroepen kan worden opgemerkt dat deze conclusie ook geldt voor patiënten met meer beperkingen in zelfredzaamheid en sociale vaardigheden.

Tabel 27: goed zelfredzame(BZR=3) en sociaal vaardige patiënten(PSV=2) naar mate van interne sociale integratie(ISI) en oordeel over vervangende zorg.

	Vervangende zorg			
	ja	nee	totaal	
ISI	0-2	36 23	59	→ 61%
	3+	19 19	38	
	totaal	55 42	97	→ 50%

Tabel 28: goed zelfredzame(BZR=3) en sociaal vaardige patiënten(PSV=2) naar mate van externe sociale integratie(ESI) en oordeel over vervangende zorg.

	Vervangende zorg			
	ja	nee	totaal	
ESI	0-24	47 33	80	→ 59%
	25+	8 9	17	
	totaal	55 42	97	→ 47%

Uit de tabellen 27 en 28 blijkt overigens wel dat de variabelen ISI en ESI bij deze groep van zelfredzame en sociaal vaardige patiënten niet al te veel meer bijdragen tot een positief oordeel over vervangende zorg. Ook de zelfredzame en sociaal vaardige patiënten die relatief weinig deelnamen aan activiteiten binnen de instelling (ISI) werden nog voor 50% ingedeeld voor vervangende zorg (tabel 27). Van de patiënten met hetzelfde vaardigheidsniveau, maar met een goede deelname aan activiteiten binnen de instelling kwam 61% voor vervangende zorg in aanmerking. De resultaten voor externe sociale integratie (tabel 28) geven eenzelfde beeld te zien.

Zelfredzame maar beperkt sociaal vaardige patiënten

Ook bij de grote groep lang opgenomen patiënten met een goede zelfredzaamheid maar met beperkte sociale vaardigheden (N=174) valt op dat personen die goed deelnamen aan activiteiten binnen of buiten de instelling, eerder werden ingedeeld voor vervangende zorg.

Tabel 29: goed zelfredzame maar minder sociaal vaardige patienten (PSV>1) naar mate van interne sociale integratie (ISI) en oordeel over vervangende zorg.

	Vervangende zorg			
	ja	nee	totaal	
ISI	0-2	18 32	50	→ 36%
	3+	27 97	124	
totaal			45 129 174	→ 22%

Tabel 30: goed zelfredzame maar minder sociaal vaardige patienten (PSV>1) naar mate van externe sociale integratie (ESI) en oordeel over vervangende zorg.

	Vervangende zorg			
	ja	nee	totaal	
ESI	0-24	32 62	94	→ 34%
	25+	13 67	80	
totaal			45 129 174	→ 16%

Bij een goede ISI werd 36% van de patiënten geschikt geacht voor vervangende zorg tegenover 22% van de patiënten met minder goede ISI (tabel 29). Bij de ESI-index waren de respectievelijke percentages 34% en 16% (tabel 30).

Alhoewel de variabelen ISI en ESI van belang zijn voor de oordeelsvorming van hulpverleners over ontslag en vervangende zorg, kan naar aanleiding van de resultaten van de tabellen 27 en 28 toch worden gewezen op de aanzienlijk grotere invloed van de variabele "potentieel sociale vaardigheden" op het oordeel. Al hadden sociaal vaardige patiënten weinig contacten en activiteiten binnen of buiten de instelling, dan nog werden zij eerder voor vervangende zorg aangemerkt dan patiënten die wel dergelijke contacten en activiteiten hadden, maar over slechtere sociale vaardigheden (PSV) beschikten.

Beperkt zelfredzame en beperkt sociaal vaardige patiënten

Van de patiënten die beperkingen hadden wat betreft zelfredzaamheid en sociale vaardigheden, namen slechts enkele patiënten veel deel aan activiteiten binnen of buiten de instelling. Van de 85 patiënten met een geringe BZR en een geringe PSV waren 6 (7%) goed geïntegreerd in het sociale leven binnen de instelling en 12 patiënten (14%) in het sociale leven buiten de instelling.

Tabel 31: beperkt zelfredzame(BZR>2) en beperkt sociaal vaardige(PSV>1) patiënten naar mate van interne sociale integratie(ISI) en oordeel over vervangende zorg.

	Vervangende zorg			
	ja	nee	totaal	
ISI	0-2	2 4	6	→ 33%
	3+	9 70	79	
		11 74	85	→ 11%

Tabel 32: beperkt zelfredzame(BZR>2) en beperkt sociaal vaardige(PSV>1) patiënten naar mate van externe sociale integratie(ESI) en oordeel over vervangende zorg.

	Vervangende zorg			
	ja	nee	totaal	
ESI	0-24	7 5	12	→ 58%
	25+	4 69	73	
		11 74	85	→ 5%

De kleine groep van patiënten die ondanks hun beperkingen intensief deelnam aan activiteiten binnen of buiten de instelling werd, ook eerder voor vervangende zorg ingedeeld. Dit gold vooral voor patiënten met veel contacten buiten de instelling (ESI). Voor deze patiënten zijn de verschillen statistisch significant bij éénzijdige toetsing door middel van Fisher's exact test.

Resumerend: Uit de gegevens van de cross-classificatie wordt duidelijk dat iedere vaardigheidsvariabele apart bijdraagt aan een positief oordeel over vervangende zorg. De extra bijdrage van iedere variabele wordt duidelijk in de sequentie $BZR^+ \rightarrow BZR^+ \& PSV^+ \rightarrow BZR^+ \& PSV^+ \& ISI^+$, maar ook in de sequentie $BZR^+ \rightarrow BZR^+ \& PSV^+ \rightarrow BZR^+ \& PSV^+ \& ESI^+$. Patiënten die alleen zelfredzaam zijn, hebben minder kans, dan patiënten die zelfredzaam en sociaal vaardig zijn. En patiënten die zelfredzaam en sociaal vaardig zijn hebben wederom minder kans op vervangende zorg dan patiënten met een vaardigheidspatroon van zelfredzaamheid, sociaal-vaardigheid en interne of externe sociale integratie.

De variabele basale zelfredzaamheid alleen vertelt nog niet veel over de kans op vervangende zorg. Van de patiënten die op alle vaardigheden enige problemen hadden, werd 6% ingedeeld voor vervangende zorg (patroon 16), terwijl de zelfredzame patiënten met beperkingen op de overige vaardigheidsvariabelen voor 19% positief werden beoordeeld voor vervangende zorg (patroon 15).

Het positieve oordeel voor vervangende zorg bleek vooral samen te hangen met goede (potentieel) sociale vaardigheden zoals zelfstandig kunnen telefoneren, boodschappen doen, maaltijden bereiden en gebruik maken van openbaar vervoer. Patiënten die op de PSV-index een score hadden van < 2 , werden ongeacht de scores op andere vaardigheidsvariabelen tenminste voor 46% ingedeeld voor vervangende zorg (patroon 11 en 4).

Indien patiënten zowel zelfredzaam en sociaal vaardig waren, maar tevens relatief veel contact hadden met het gebeuren binnen (ISI) of buiten (ESI) de instelling (patroon 9 en 3), leidde dit tot een geringe verhoging van het vervangende zorgpercentage (50% resp. 52%).

De patiënten tenslotte met een optimaal vaardigheidspatroon (BZR⁺ & PSV⁺ & ISI⁺ & ESI⁺) hadden met 64% ook de beste kansen om door de hulpverleners voor vervangende zorg te worden ingedeeld (patroon 1).

12.3. Psychiatrische diagnose

In de literatuur werden ten aanzien van twee psychiatrisch-diagnostische hoofdgroepen aanwijzingen gevonden dat ze van invloed zouden zijn op het besluit om patiënten niet voor vervangende zorg in aanmerking te laten komen (hfdst. 6.1.2.). Zowel de patiënten met organische psychische stoornissen als met schizofrene beelden zouden minder kans maken op vervangende zorg. Ten aanzien van patiënten van de eerste diagnosecategorie werd de volgende hypothese geformuleerd:

H5: Als lang opgenomen patiënten een organische psychische stoornis hebben, komen zij minder voor vervangende zorg in aanmerking dan patiënten met andere psychische stoornissen.

Het aspect "organische psychische stoornis" bleef in dit onderzoek beperkt tot de hoofdgroepen passagère organische psychotische aandoeningen (293), overige organische psychotische aandoeningen (294) en specifieke niet psychotische stoornissen ten gevolge van organische hersenbeschadiging (310) van de ICD 9/DSM III. Patiënten met een alcohol of drugspsychose (291 & 292) werden ingedeeld bij het diagnosecluster "stoornis bij alcohol- of druggebruik", conform de presentatie van diagnosegegevens van de landelijke patiëntenregistratie (PIGG) van de Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid. Patiënten met de diagnose seniele of preseniele dementie vielen buiten het bestek van dit onderzoek.

Tabel 33: Lang opgenomen patiënten in psychiatrische ziekenhuizen naar diagnose organische psychische stoornis vs. overige diagnoses en mogelijkheden voor vervangende zorg; absoluut en percentages.

Diagnose	organische psychische stoornis (293, 294, 310)		overige diagnose- groepen	totaal
vervangende zorggroep	8	(38%)	108 (30%)	116 (30%)
overige patiënten	13		252	265
totaal	21	(100%)	360 (100%)	381 (100%)

$\chi^2 = 0,68$; $df = 1$; $p(a) = .4098$

Bovenstaande resultaten (tabel 33) zijn niet in overeenstemming met de strekking van de hypothese. In de vervangende zorg-groep waren de patiënten met een organische psychische stoornis zelfs iets oververtegenwoordigd. De stelling dat patiënten met een organische stoornis minder voor vervangende zorg in aanmerking komen, wordt dus niet ondersteund.

Tabel 34: Personen (l.o.p.) in psychiatrische ziekenhuizen (APZ), beschermende woonvormen (BWV) en psychiatrische dagbehandeling (PDB) naar diagnose organische psychische stoornis vs. overige diagnoses; percentages.

Diagnose	APZ (N=381)	BWV (N=179)	PDB (N=86)
organische psychische stoornis	5,5%	4,7%	3,5%
overige diagnose	94,5%	95,3%	96,5%
totaal	100,0%	100,0%	100,0%

$\chi^2 = 0,28$ $\chi^2 = 0,58$
 $df = 1$ $df = 1$
 $p(b) = .6824$ $p(c) = .4874$

Ook bij vergelijking met de steekproefpersonen in beschermende woonvormen en psychiatrische dagbehandeling (tabel 34) zijn geen statistisch significante verschillen te constateren (toetsing b en c). De diagnose "organische psychische stoornis" werd in deze voorzieningen iets minder gesteld, maar de verschillen bevinden zich wat betreft grootte-orde binnen de toevalsfluctuaties van steekproeftrekking.

Conclusie: Gezien de resultaten van de drie toetsingen tezamen wordt hypothese 5 niet ondersteund. De diagnose "organische psychische stoornis" was bij de besluitvorming over vervangende van weinig betekenis.

Ook een andere diagnostische groep wordt vaak in verband gebracht met een slechte ontslag- en vervangende zorg-prognose, namelijk patiënten met de diagnose schizofrenie. In het onderzoek werd alleen de hoofdgroep "schizofrene stoornis" (ICD 9, 295) gescoord zonder verdere onderverdeling/specificatie. Zo was niet bekend of betrokken patiënt wel of niet op het tijdstip van beoordeling in een acute psychotische fase verkeerde, of dat er sprake was van latente of restverschijnselen ("defektschizofrenie") van een psychose. Tevens werd niet naar het aantal en de soort psychiatrische symptomen gevraagd.

De verwachting in het onderzoek ten aanzien van deze diagnostische groep was als volgt:

H6: Als lang opgenomen patiënten de diagnose schizofrenie hebben, komen zij minder voor vervangende zorg in aanmerking dan patiënten met andere psychische stoornissen.

Tabel 35: Lang opgenomen patiënten in psychiatrische ziekenhuizen naar diagnose schizofrenie vs. overige diagnoses en mogelijkheden voor vervangende zorg; absoluut en percentages.

diagnose	schizofrenie (ICD 9, 295)		overige diagno- se-groepen		totaal
vervangende zorggroep	43	(23%)	73	(38%)	116 (30%)
overige patiënten	147		118		265
totaal	190	(100%)	191	(100%)	381 (100%)

$\chi^2 = 11,07$; $df = 1$; $p(a) < .001$

Deze hypothese werd bij eerste toetsing bevestigd. Patiënten met de diagnose schizofrenie waren daadwerkelijk minder vertegenwoordigd in de vervangende zorg-groep dan patiënten met andere diagnoses. In de vervangende zorg-groep had ongeveer één derde (37%) van de patiënten de diagnose schizofrenie, terwijl van de overige steekproefpatiënten meer dan de helft (56%) als schizofreen was gediagnostiseerd.

Deze resultaten geven dus bij eerste toetsing steun aan de hypothese dat de indeling voor vervangende zorg negatief gerelateerd is aan de diagnose schizofrenie. Patiënten met deze diagnose kwamen minder voor vervangende zorg in aanmerking.

Tabel 36: Personen (l.o.p.) in psychiatrische ziekenhuizen (APZ), beschermende woonvormen (BWV) en psychiatrische dagbehandeling (PDB) naar diagnose schizofrenie vs. overige diagnoses; percentages.

Diagnose	APZ (N=381)	BWV (N=179)	PDB (N=86)
schizofrenie	49,9%	38,4%	32,9%
overige diagnose	50,1	61,6	67,1
totaal	100,0%	100,0%	100,0%

$\chi^2 = 6,29$ $\chi^2 = 8,38$
 $df = 1$ $df = 1$
 $p(b) < .05$ $p(c) < .01$

De vergelijking van patiënten in psychiatrische ziekenhuizen met zowel bewoners van beschermende woonvormen als dagbehandelingspatiënten naar diagnose (tabel 36) gaf hetzelfde beeld te zien. De steekproefpersonen in deze vervangende zorgvormen hadden aanzienlijk minder de diagnose "schizofrenie".

Bij de interpretatie van de resultaten van tabel 34 en 36 is enige voorzichtigheid geboden. Zo zal rekening moeten worden gehouden met de mogelijkheid van een systematisch verschil in het stellen van een diagnose, bijvoorbeeld bij patiënten in psychiatrische dagbehandeling. Bij de bewoners van beschermende woonvormen was veelal geen actuele diagnose gesteld, daar de zorgverlening in deze instellingen gericht is op woonrevalidatie en begeleiding/steun en niet op behandeling. Uit de toelichtingen van medewerkers van de beschermende woonvormen op de diagnosevraag bleek dat zowel gebruik werd gemaakt van informatie van een Riagg-psychiater, als ook van diagnostische gegevens bij ontslag uit de kliniek. De bron van informatie, het soort informatie, maar tevens de actualiteit van de informatie ten aanzien van de diagnose was dus voor de beschermende woonvormen meer heterogeen, dan het geval was voor psychiatrische ziekenhuizen en centra voor psychiatrische dagbehandeling.

Conclusie: ondanks bovenstaande kanttekeningen lijken de resultaten van de drie toetsingen - in onderling verband beschouwd - de geldigheid van de hypothese te ondersteunen. Lang opgenomen patiënten met de diagnose "schizofrenie" komen minder in aanmerking voor vervangende zorg, dan patiënten met een andere diagnose.

12.4. Gevaar voor zichzelf en anderen

Uit de literatuur komt naar voren dat agressief gedrag en suïcidaal gedrag belangrijke redenen zijn om patiënten niet voor vervangende zorg of ontslag in aanmerking te laten komen. Ten aanzien van de vraag, of dit ook geldt voor lang opgenomen patiënten in Nederlandse psychiatrische ziekenhuizen, zal de aandacht eerst worden gericht op agressief gedrag, zoals verwoord in hypothese 7.

H7: Naarmate lang opgenomen patiënten agressiever zijn, komen zij minder in aanmerking voor vervangende zorg.

Tabel 37: Lang opgenomen patiënten in psychiatrische ziekenhuizen naar mate van agressie en mogelijkheden voor vervangende zorg; absoluut en percentages.

AGR	niet (0-1)	soms (2-3)	veel (4-8)	totaal
vervangende zorg groep	70 (34%)	32 (33%)	14 (17%)	116 (30%)
overige patiënten	133	65	67	265
totaal	203 (100%)	97 (100%)	81 (100%)	381 (100%)

tau = .121; s.e. = .046; p(a)<.05

De resultaten van tabel 37 lijken deze hypothese te bevestigen. Van de patiënten met veel agressief gedrag werd een aanzienlijk kleiner aandeel (17%) voor vervangende zorg ingedeeld, dan patiënten met minder agressief gedrag (33%). Pas bij een AGR-score van 4 of meer kon overigens een duidelijk verschil worden vastgesteld. Zo kwamen patiënten die soms agressief waren, in dezelfde mate in aanmerking voor vervangende zorg als patiënten die nauwelijks agressief gedrag vertoonden.

Tabel 38: Personen (l.o.p.) in psychiatrische ziekenhuizen (APZ), beschermende woonvormen (BWV) en psychiatrische dagbehandeling (PDB) naar mate van agressie; percentages.

AGR	APZ (N=381)	BWV (N=179)	PDB (N=86)
niet (0-1)	53,2%	58,7%	67,1%
soms (2-3)	25,4	21,2	21,2
veel (4-6)	17,5	18,4	11,8
zeer veel (7-8)	4,0	1,7	-
totaal	100,0%	100,0%	100,0%

$\chi^2 = 3,58$ $\chi^2 = 7,65$
 $df = 3$ $df = 3$
 $p(b) = .310$ $p(c) = .054$

De steekproefpersonen in beschermende woonvormen en psychiatrische dagbehandeling vertoonden iets minder agressief gedrag (tabel 38). Toch waren de verschillen niet erg opvallend. Zo kwam in de beschermende woonvormen bijna evenveel agressief gedrag voor als bij de lang opgenomen patiënten in psychiatrische ziekenhuizen. Zeer agressief gedrag kwam bij dagbehandelingspatiënten in het geheel niet voor.

Concluderend kan worden opgemerkt dat hypothese 7 alleen gedeeltelijk wordt bevestigd. Pas bij ernstige vormen van agressief gedrag lijken lang opgenomen patiënten in mindere mate in aanmerking te komen voor vervangende zorg. Agressief gedrag kwam in bijna gelijke omvang als bij bewoners van psychiatrische ziekenhuizen voor bij bewoners van beschermende woonvormen, die voor hun verblijf aldaar langdurig waren opgenomen geweest in psychiatrische ziekenhuizen. De dagbehandelingssituatie lijkt minder geschikt en toegerust te zijn voor de opvang van patiënten met ernstige vormen van agressief gedrag.

Bij de bespreking van de literatuur werd geconstateerd dat niet alleen agressie gericht op anderen, maar tevens agressie gericht op de eigen persoon, voldoende aanleiding is om personen niet in aanmerking te laten komen voor vervangende zorg. Deze aanname resulteerde in de volgende veronderstelling.

H8: Naarmate lang opgenomen patiënten suïcidaal zijn, komen zij minder in aanmerking voor vervangende zorg.

Tabel 39: Lang opgenomen patiënten in psychiatrische ziekenhuizen naar mate van suïcidegeneigdheid en mogelijkheden voor vervangende zorg; absoluut en percentages.

SUI	niet (0-1)	soms (2-3)	veel (4-6)	totaal
vervangende zorg groep	107 (30%)	7 (39%)	2 (50%)	116 (30%)
overige patiënten	252	11	2	265
totaal	359 (100%)	18 (100%)	4 (100%)	381 (100%)
tau = .057; s.e. = .055; p(a)=n.s.				

Suïcideneigingen en -dreigingen kwamen bij lang opgenomen patiënten betrekkelijk zelden voor (tabel 39). Gedurende een periode van drie maanden was door 4% van de patiënten gedreigd met suïcide, of was een poging tot suïcide ondernomen.

Ook kwam suïcideproblematiek niet aanzienlijk meer voor bij patiënten waarvoor geen vervangende zorg mogelijk werd geacht. Het was zelfs zo dat patiënten met suïcideproblemen eerder door hun hulpverleners voor vervangende zorg werden ingedeeld dan patiënten zonder suïcideproblemen. Dit onverwachte resultaat was statistisch gezien niet significant.

Tabel 40: Personen (l.o.p.) in psychiatrische ziekenhuizen (APZ), beschermende woonvormen (BWV) en psychiatrische dagbehandeling (PDB) naar mate van suïcideneigendheid; percentages.

SUI	APZ (N=381)	BWV (N=179)	PDB (N=86)
niet (0-1)	94,2%	98,9%	95,3%
soms (2-3)	4,8	1,1	4,7
veel (4-6)	1,0	-	-
totaal	100,0%	100,0%	100,0%
		$\chi^2 = 6,67$	$\chi^2 = 0,91$
		df = 2	df = 2
		p(b) < .05	p(c) = .635

Ook de informatie over de dagbehandelingspatiënten ondersteunde de hypothese niet (toetsing c). Evenals bij klinisch opgenomen patiënten vertoonden enkele patiënten in dagbehandeling soms suïcideneigingen (tabel 40). In de beschermende woonvormen daarentegen kwam suïcidaal gedrag statistisch significant minder voor (toetsing b). Voor deze instellingen lijkt het dreigen met suïcide of een ondernomen poging een contra-indicatie te zijn voor intake of verder verblijf.

Conclusie: de algemene strekking van hypothese 8 werd niet bevestigd. Bij de indicatiestelling van lang opgenomen patiënten voor vervangende zorg door intramurale hulpverleners leek suïcidaal gedrag geen belangrijke rol te spelen. Ook bij de steekproefpatiënten in dagbehandeling kwamen suïcidaliteitsproblemen even weinig voor als bij patiënten in 24-uurs klinische zorg. In de beschermende woonvormen daarentegen verbleven nauwelijks personen met suïcidaliteitsproblemen. Alleen voor deze instellingen werd de hypothese bevestigd.

12.5. Leeftijd en de hypothesen 1 t/m 8

In de voorgaande hoofdstukken werden de vaardigheids- en gevaaraspecten besproken zonder nuancerende en relativiserende opmerkingen over de mogelijke invloed van de leeftijd van de betrokken patiënt op het oordeel van hulpverleners. Het is echter mogelijk dat de gevonden relatie tussen vaardigheden en het oordeel over vervangende zorg gedeeltelijk verklaard wordt door bijvoorbeeld leeftijd. Indien jongeren zowel over betere vaardigheden beschikken als ook eerder positief worden beoordeeld voor vervangende zorg, dan fungeert leeftijd als een confounding variabele. Om na te gaan, welk effect precies de variabele leeftijd heeft voor de veronderstelde relatie, zal dan voor de invloed van deze variabele gecontroleerd moeten worden. Een mogelijkheid hiertoe is stratificatie, - herhalen van de analyse, maar dan voor jongeren en ouderen apart.

De controle op confounding wordt noodzakelijk, als een sterke relatie is aangetoond tussen de leeftijd van patiënten en het in aanmerking komen van patiënten voor vervangende zorg. Eerst zal dan ook deze relatie worden onderzocht.

Bij de start van het onderzoek werd de richting van het verband aangegeven. De veronderstelling was dat met de toename van de leeftijd de kans op vervangende zorg zou dalen.

H9: Naarmate lang opgenomen patiënten ouder zijn, komen zij minder in aanmerking voor vervangende zorg.

Tabel 41: Lang opgenomen patiënten in psychiatrische ziekenhuizen naar leeftijd en mogelijkheden voor vervangende zorg; absoluut en percentages.

Leeftijd	< 45 jaar	45-64 jaar	> 65 jaar	totaal
vervangende				
zorg groep	54 (52%)	47 (31%)	15 (12%)	116 (30%)
overige patiënten	49	106	110	265
totaal	103 (100%)	153 (100%)	125 (100%)	381 (100%)
tau = -.310; s.e. = .044; p(a)<.0001				

De resultaten van tabel 41 ondersteunen de hypothese. Jongere patiënten werden eerder positief geïndiceerd door hun hulpverleners voor vervangende zorg dan oudere patiënten. Zo werd voor meer dan de helft van de patiënten jonger dan 45 jaar vervangende zorg mogelijke geacht. Bij de bejaarde patiënten was dit aandeel gereduceerd tot 12%.

Tabel 42: Personen (l.o.p.) in psychiatrische ziekenhuizen (APZ), beschermende woonvormen (BWV) en psychiatrische dagbehandeling (PDB) naar leeftijd; percentages.

Leeftijd	APZ (N=381)	BWV (N=179)	PDB (N=86)
< 25	1,6%	-	4,8%
25-34	8,1	10,7	25,0
35-44	17,1	13,0	26,2
45-54	18,4	22,0	19,0
55-64	22,0	29,4	13,1
65-74	18,1	18,1	11,9
75-84	12,9	5,1	-
> 85	1,8	1,7	-
totaal	100,0%	100,0%	100,0%
		$\chi^2 = 15,50$	$\chi^2 = 40,44$
		df = 7	df = 7
		p(b)<.05	p(c)<.0001

In de beschermende woonvormen verbleven relatief minder bejaarde personen dan in psychiatrische ziekenhuizen. Voor de overige leeftijdsgroepen was het verschil niet erg groot (tabel 42). De patiënten in psychiatrische dagbehandeling daarentegen, bleken vooral geselecteerd te zijn uit de jongere leeftijdsgroepen (toetsing c). Zo was 56% van de dagbehandelingspatiënten jonger dan 45 jaar.

De leeftijdsgegevens van tabel 42 geven een enigszins vertekend beeld te zien. Zo is niet de leeftijd bij opname in de beschermende woonvorm of dagbehandeling vermeld, maar de leeftijd van betrokkenen op het tijdstip van onderzoek. Vooral de bewoners van beschermende woonvormen verbleven echter reeds geruime tijd in deze instellingen (tabel 43).

Tabel 43: Personen (i.o.p.) in beschermende woonvormen (BWV) en psychiatrische dagbehandeling (PDB) naar verblijfsduur; percentages.

	BWV	PDB
< 1 jaar	12,8%	51,2%
1- 2 jaar	9,3	20,7
3- 4 jaar	15,5	8,5
5- 9 jaar	22,5	14,6
10-14 jaar	34,1	2,4
> 14 jaar	5,8	2,4
	100,0% (N=179)	100,0% (N=86)

De meeste bewoners van beschermende woonvormen waren dus bij het begin van hun verblijf aanzienlijk jonger.

Conclusie: jongere patiënten worden door intramurale hulpverleners eerder voor vervangende zorg ingedeeld dan oudere patiënten. Ook voor psychiatrische dagbehandeling en in beschermende woonvormen worden bij voorkeur de jongere lang opgenomen patiënten geplaatst.

Zoals in het begin van dit hoofdstuk is geschetst bestaat de mogelijkheid dat de gevonden relaties eventueel verklaard kunnen worden door de leeftijd van patiënten. Bij de toetsingen van de hypothesen zal dan ook gecontroleerd dienen te worden op de factor leeftijd.

In de overzichtstabel 44 is voor de hypothesen 1 t/m 8 aangegeven, of de getrokken conclusies eveneens geldig zijn voor patiënten jonger dan 55 jaar en patiënten van 55 jaar en ouder.

Tabel 44: Toetsing (a) voor de hypothesen 1 t/m 8 apart voor de groep patiënten van jonger dan 55 jaar en 55 jaar en ouder.

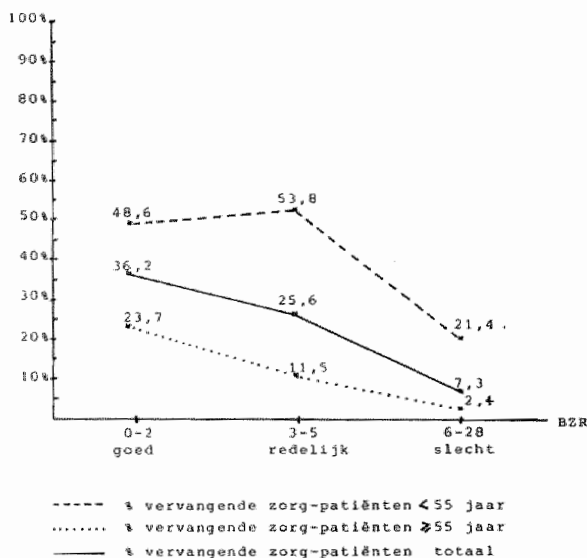
hypothesen		< 55 jaar (N=172)	≥ 55 jaar (N=209)
H1: BZR	→ vervangende zorg	$p^* < .05$	$p < .0005$
H2: PSV	→ vervangende zorg	$p < .0001$	$p < .0001$
H3: ISI	→ vervangende zorg	$p < .0005$	$p < .0001$
H4: ESI	→ vervangende zorg	$p < .005$	$p < .0001$
H5: organ. psychose	→ vervangende zorg	$p = \text{n.s.}$	$p = \text{n.s.}$
H6: schizofrenie	→ vervangende zorg	$p < .05$	$p < .005$
H7: AGR	→ vervangende zorg	$p = \text{n.s.}$	$p < .005$
H8: SUI	→ vervangende zorg	$p = \text{n.s.}$	$p = \text{n.s.}$

* de p-waarden zijn berekend op basis van Kendall's tau en over hetzelfde aantal categorieën als de respectievelijke tabellen.

Uit bovenstaande tabel kan worden opgemerkt, dat ook de bevindingen voor jongeren en ouderen apart overeenstemmen met de eerder vermelde resultaten voor de totale steekproef. Een uitzondering hierop vormen de jongere patiënten in verband met agressie.

Ongeacht de aard en de mate van hun vaardigheden hebben jongere patiënten overigens wel een aanzienlijk grotere kans om voor vervangende zorg in aanmerking te komen dan oudere patiënten. De volgende schema's tonen dit duidelijk aan.

Schema 10: Aandeel (%) patiënten dat voor vervangende zorg in aanmerking komt naar mate van basale zelfredzaamheid (BZR); per leeftijdsgroep en totaal.



Naar aanleiding van schema 10 kan worden opgemerkt dat ook de jongere patiënten met een redelijke BZR-score (3-5) nog voor meer dan de helft door hun hulpverleners werden ingedeeld voor vervangende zorg. Bij de oudere patiënten daalde de kans op vervangende zorg bij een geringere BZR.

Het verschil tussen jongeren en ouderen bij gelijke BZR is opvallend consistent. Zo werden bij een BZR-score van 0-2 twee keer zoveel jongeren als ouderen ingedeeld voor vervangende zorg, bij een BZR-score van 3-5 vijf keer zoveel, terwijl tenslotte bij een score van 6-28 bijna tien keer zoveel jongere als oudere patiënten voor vervangende zorg werden aangemerkt.

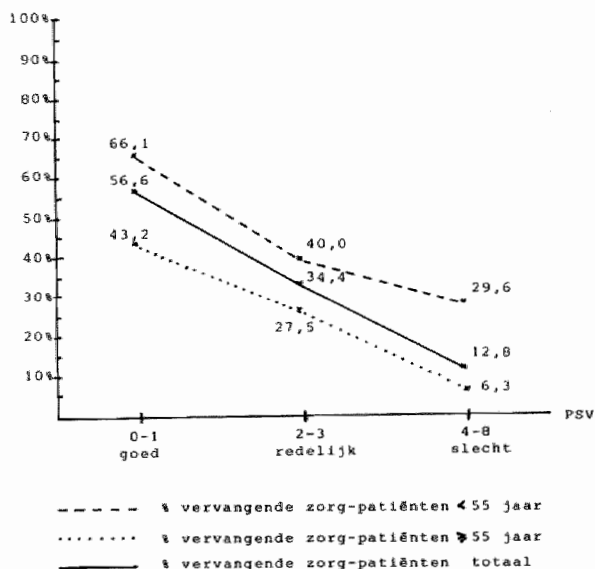
Ongeacht de mate van basale zelfredzaamheid, waarover de patiënten beschikten, speelde dus de leeftijd van de patiënten een belangrijke rol bij het oordeel over vervangende zorg.

De twee laatstgenoemde verhoudingscijfers werden overigens berekend op een betrekkelijk gering aantal patiënten. Het merendeel van de patiënten was goed zelfredzaam. Zo beschikte 84% van de jongere patiënten over een goede BZR, terwijl dat voor de oudere patiënten nog 67% was.

Voor zowel patiënten die jonger waren dan 55 jaar als voor patiënten van 55 jaar en ouder, gold dat ook met meer beperkingen in PSV, ISI en ESI minder patiënten voor vervangende zorg werden ingedeeld (schema's 11, 12 en 13).

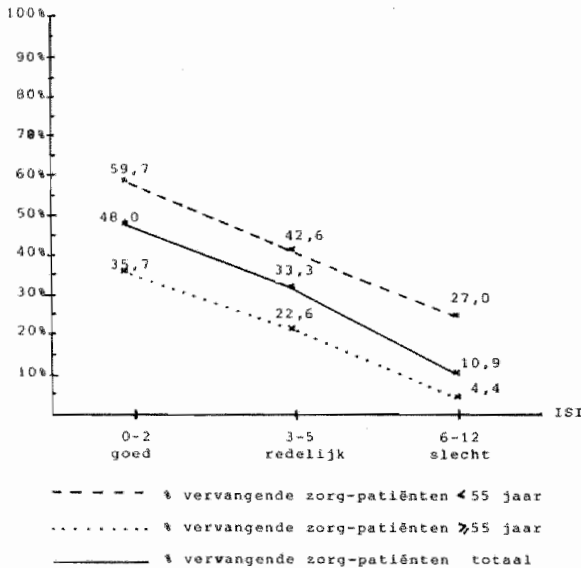
Een opvallend verschijnsel in deze drie schema's is wederom dat, bij gelijke vaardigheidsscores, aanzienlijk meer jongeren dan ouderen genoemd werden als kandidaten voor vervangende zorg.

Schema 11: Aandeel patiënten (%) dat voor vervangende zorg in aanmerking komt naar mate van potentieel sociale vaardigheden (PSV); per leeftijdsgroep en totaal.



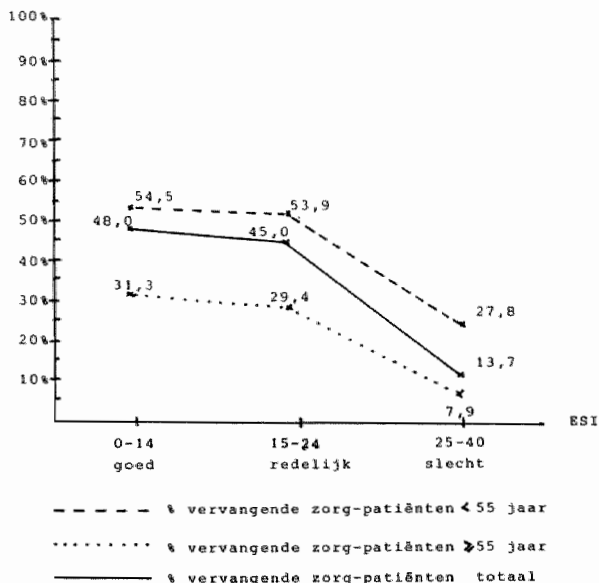
Bij gelijke potentieel sociale vaardigheden kwamen jongere patiënten eerder voor vervangende zorg in aanmerking, dan oudere patiënten. Tweederde van de jongere patiënten met goede PSV werd door beide hulpverleners genoemd voor één of andere vorm van vervangende zorg, terwijl dit aandeel met 43% aanzienlijk lager lag voor oudere patiënten met goede PSV.

Schema 12: Aandeel patiënten (%) dat voor vervangende zorg in aanmerking komt naar mate van interne sociale integratie (ISI); per leeftijdsgroep en totaal.



De scores voor interne sociale integratie vertonen hetzelfde beeld. Jongere patiënten met een goede, redelijke of slechte score werden systematisch meer voor vervangende zorg ingedeeld dan oudere patiënten.

Schema 13: Aandeel patiënten (%) dat voor vervangende zorg in aanmerking komt naar mate van externe sociale integratie (ESI); per leeftijdsgroep en totaal.



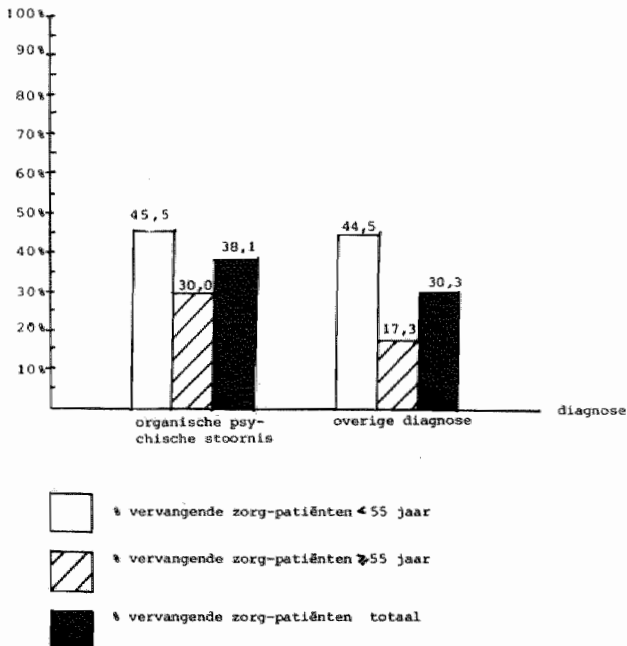
De resultaten van schema 13 ten aanzien van externe sociale integratie zijn consistent met de resultaten van de voorgaande drie tabellen. Ongeacht de mate van externe sociale integratie werden patiënten die jonger dan 55 jaar waren, eerder ingedeeld voor vervangende zorg, dan oudere patiënten.

Conclusie: zowel jongere als oudere patiënten komen bij geringere vaardigheden (BZR, PSV, ISI, ESI) minder in aanmerking voor vervangende zorg (hypothese 1 t/m 4). Bij de indicatiestelling voor vervangende zorg speelt - naast de onderscheiden vaardigheden - de leeftijd van de patiënt een belangrijke rol. Ook bij vergelijkbare vaardigheden kwamen oudere patiënten aanzienlijk minder in aanmerking voor vervangende zorg, volgens het oordeel van hun hulpverleners, dan patiënten die jonger dan 55 jaar waren.

Ook ten aanzien van de psychiatrische diagnose waren de resultaten per leeftijdsgroep in overeenstemming met de uitkomsten voor de totale steekproef (hypothese 5 en 6). Jongere en oudere patiënten met de diagnose organische psychische stoornis werden niet minder ingedeeld voor vervangende zorg dan patiënten met een andere diagnose. De jongere en oudere schizofrene patiënten kwamen daarentegen wel minder voor vervangende zorg in aanmerking (tabel 44).

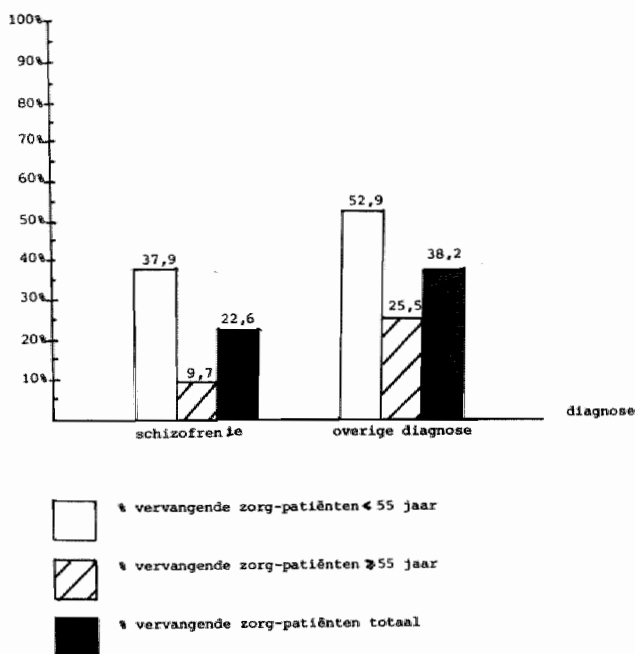
Hebben nu jongere patiënten met de diagnose organische psychische stoornis of schizofrenie wederom meer kans om ingedeeld te worden voor vervangende zorg dan oudere patiënten?

Schema 14: Aandeel patiënten (%) dat voor vervangende zorg in aanmerking komt naar diagnose organische psychische stoornis en overige diagnose; per leeftijdsgroep en totaal.



Ook binnen de genoemde diagnostische groepen bleek leeftijd een belangrijke onafhankelijke factor te zijn. Jongere patiënten met een organische psychische stoornis werden nog voor 45 % ingedeeld voor vervangende zorg (kolom 1 van schema 14), terwijl dit voor slechts 30% van de oudere patiënten gold met een dergelijke diagnose.

Schema 15: Aandeel patiënten (%) dat voor vervangende zorg in aanmerking komt naar diagnose schizofrenie en overige diagnose; per leeftijdsgroep en totaal.



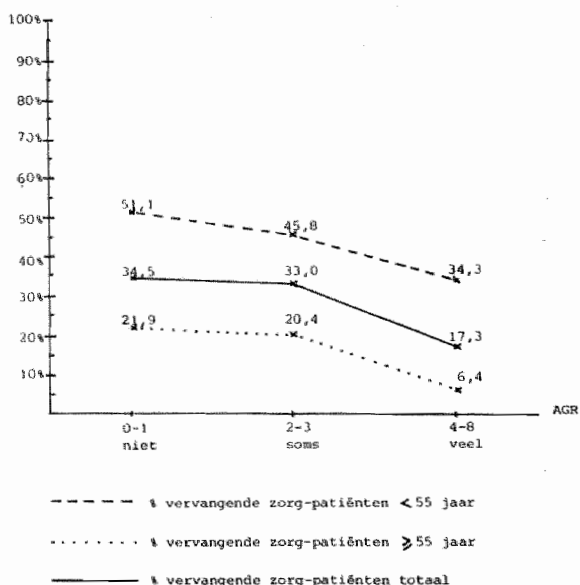
Nog opvallender zijn de verschillen tussen jongere en oudere schizofrene patiënten. Van de schizofrene patiënten die jonger waren dan 55 jaar (kolom 1 van schema 15), kwam volgens de hulpverleners 38% in aanmerking voor vervangende zorg. Dit aandeel bleef beperkt tot 10% voor schizofrene patiënten van 55 jaar of ouder.

Conclusie: de resultaten ten aanzien van hypothese 5 en 6 werden nogmaals bevestigd voor jongeren en ouderen apart. Patiënten in de twee onderscheiden leeftijdsgroepen met een organische psychische stoornis kwamen niet minder in aanmerking voor vervangende zorg dan oudere patiënten. De schizofrene patiënten van beide leeftijdsgroepen bleken daarentegen wel minder daarvoor ingedeeld te zijn.

Opvallend is wederom de belangrijke rol die de leeftijd van de patiënt speelt bij de indicatiestelling. Ook binnen de onderscheiden diagnosegroepen "schizofrenie" en "organische psychische stoornis" hadden oudere patiënten aanzienlijk minder kans op een positief oordeel ten aanzien van vervangende zorg dan jongere patiënten.

Vooral voor de jongere patiënten (< 55 jaar) bestaat voldoende aanleiding (tabel 44) om de relatie agressie en vervangende zorg nader te analyseren (schema 16).

Schema 16: Aandeel patiënten (%) dat voor vervangende zorg in aanmerking komt naar mate van agressiviteit (AGR); per leeftijdsgroep en totaal.



Uit schema 16 wordt duidelijk dat zowel jongere als oudere patiënten pas bij een AGR-score van 4 of meer minder in aanmerking komen voor vervangende zorg. Dit was in overeenstemming met de resultaten voor de gehele steekproef. Voor de totale groep bleek een AGR-score van 4 een belangrijke grenswaarde te zijn. Met een hogere score daalde de kans op vervangende zorg aanzienlijk (hfdst. 12.4.).

Alhoewel ook voor de jongere patiënten de kans op vervangende zorg bij meer agressie afnam, werden zij in het algemeen toch gunstiger beoordeeld dan oudere patiënten. Van de jongere patiënten die soms agressief gedrag vertoonden, kwam volgens de hulpverleners 46% in aanmerking voor vervangende zorg. De oudere patiënten (55⁺) met dezelfde mate van agressie werden daarentegen slechts voor 20% genoemd voor vervangende zorg.

De verschillen tussen jongere en oudere patiënten zijn nog groter bij patiënten die betrekkelijk veel agressie vertoonden. Zo werd één derde (34%) van de agressieve jongere patiënten voor vervangende zorg aangemerkt tegenover 6% van de patiënten op oudere leeftijd.

Concluderend kan worden vastgesteld dat pas bij ernstige vormen van agressie duidelijk minder jongere en oudere patiënten voor vervangende zorg in aanmerking komen. Ongeacht de mate van agressie hebben jongere patiënten een grotere kans op een positief oordeel voor vervangende zorg dan oudere patiënten.

Suïcidaal gedrag, waartoe ook het dreigen met suïcide werd gerekend, kwam bij de steekproefpatiënten van de psychiatrische ziekenhuizen weinig voor. Van deze patiënten had 6% een SUI-score van 2 of meer. Het aantal patiënten met een duidelijk suïcidaliteitsrisico was te klein om nog eens apart per leeftijdsgroep te analyseren naar de mate waarin zij in aanmerking komen voor vervangende zorg. Het desbetreffende schema is dan ook achterwege gelaten.

Terugblikkend op de resultaten van dit hoofdstuk is gebleken dat de leeftijd van lang opgenomen patiënten een belangrijke factor is voor hulpverleners, als zij patiënten moeten beoordelen voor vervangende zorg. Ook al hebben oudere patiënten dezelfde basale zelfredzaamheid, potentieel sociale vaardigheden, interne en externe sociale integratie, en al zijn zij vergelijkbaar wat betreft agressief gedrag en psychiatrische diagnose, dan nog hebben zij steeds een geringere kans om in aanmerking te komen voor vervangende zorg dan jongere patiënten.

12.6. Leeftijd en de ontslagattitude van de patiënt

Tot hier is aan de orde geweest of oudere patiënten wel of niet voor vervangende zorg in aanmerking kunnen komen volgens het oordeel van de hulpverleners, gezien de vaardigheden van betrokkene (H1-H4). Tevens werd nagegaan, of zij daarvoor in aanmerking mogen komen gezien het eventuele gevaar voor zichzelf of anderen (H7-H8).

Hierna zal worden ingegaan op de vraag of de patiënten ook zelf in aanmerking willen komen voor ontslag en huisvesting buiten de instelling. Tevens zal worden onderzocht, of jongere en oudere patiënten in deze wens en houding systematisch van elkaar verschillen.

Naar aanleiding van het onderzoek van Wing e.a. (1957) werd aangenomen dat vooral oudere lang opgenomen patiënten een negatieve houding zouden vertonen bij een tiental vragen over een mogelijk verblijf buiten de instelling. Van de jongere patiënten werd daarentegen een positieve houding verwacht.

H10: Naarmate lang opgenomen patiënten ouder zijn, hebben zij minder de wens om het psychiatrisch ziekenhuis te verlaten.

Tabel 45: Lang opgenomen patiënten in psychiatrische ziekenhuizen naar leeftijd en houding ten aanzien van ontslag (H.O.); percentages.

H.O. \ leeftijd	> 75	74-65	64-55	54-45	44-35	34-25	< 25	totaal
negatief	40%	36%	30%	18%	16%	14%	--	26%
ambivalent	42	35	39	33	42	27	17	37
positief	18	29	31	49	42	59	83	37
totaal %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
totaal abs.	38	52	67	51	55	22	6	291

tau = .237; s.e. = .045; p(a) < .0001

De resultaten van bovenstaande tabel ondersteunen de hypothese. Met de leeftijd nam ook het aandeel patiënten toe dat negatief of ambivalent tegenover ontslag stond. Tot een leeftijd van 55 jaar gaf nog ongeveer de helft van de patiënten te kennen ontslagen te willen worden. Vanaf deze leeftijd daalde geleidelijk het aandeel. Uiteindelijk wilde van de patiënten die 75 jaar of ouder waren, slechts éénvijfde (18%) ontslagen worden.

Conclusie: de hypothese dat oudere patiënten minder de wens hebben om ontslagen te worden dan jongere patiënten, werd bevestigd. Vooral de patiënten die 55 jaar of ouder waren, hadden een ambivalente of negatieve houding ten aanzien van ontslag. De patiënten in deze leeftijdsgroep ervaren het perspectief om buiten de instelling te leven, veelal als weinig wenselijk, - en misschien zelfs als een bedreiging voor bestaande rechten, zekerheden, beschutting en het vaste leefpatroon binnen het psychiatrische ziekenhuis.

12.7. Juridische situatie

Bij de start van het onderzoek werd aangenomen dat de civiel- of strafrechterlijk opgenomen patiënten minder voor vervangende zorg zouden worden ingedeeld dan vrijwillig opgenomen patiënten. Deze veronderstelling resulteerde in de volgende hypothese:

H11: Als lang opgenomen patiënten via een civiel- of strafrechtelijke procedure in het psychiatrisch ziekenhuis verblijven, komen zij minder voor vervangende zorg in aanmerking dan patiënten die daar - juridisch gezien - vrijwillig verblijven.

Tabel 46: Lang opgenomen patiënten in psychiatrische ziekenhuizen naar juridische situatie en mogelijkheden voor vervangende zorg; absoluut en percentages.

juridische situatie	vrijwillig	onvrijwillig	totaal
vervangende			
zorg groep	110 (30%)	6 (40%)	116 (30%)
overige patiënten	256	9	265
totaal	366 (100%)	15 (100%)	381 (100%)

$$\chi^2 = 0,67; df = 1; p(a) = .4120$$

De resultaten ondersteunen deze hypothese niet, hoewel we met deze conclusie voorzichtig moeten zijn gezien het geringe aantal onvrijwillig opgenomen patiënten. Van de 13 patiënten die onder een rechterlijke machtiging (R.M.) in de instelling verbleven en 2 patiënten die op uitspraak van de strafrechter waren opgenomen, in het totaal dus 15 onvrijwillig opgenomen patiënten, bleken 6 patiënten ofwel 40%, voor vervangende zorg in aanmerking te komen. De hulpverleners noemden in dit verband psychiatrische dagbehandeling en beschermd kleinschalig wonen op en buiten het terrein van het psychiatrisch ziekenhuis.

Tabel 47: Personen (l.o.p.) in psychiatrische ziekenhuizen (APZ), beschermende woonvormen (BWV) en psychiatrische dagbehandeling (PDB) naar juridische situatie; percentages.

juridische situatie	APZ (N=381)	BWV (N=179)	PDB (N=86)
vrijwillig	96,1%	100,0%	96,5%
onvrijwillig	3,9	-	3,5
totaal	100,0%	100,0%	100,0%

In beschermende woonvormen mogen wettelijk gezien geen patiënten met een zgn. rechterlijke machtiging of inbewaringstelling verblijven, omdat het geen aangewezen afdelingen zijn in de zin van de Krankzinnigenwet. Het is dan ook niet verbazingwekkend dat in deze instellingen alle bewoners vrijwillig verblijven. Hetzelfde werd overigens verwacht ten aanzien van de patiënten in psychiatrische dagbehandeling. Gemeend werd dat ook in deze voorzieningen alle personen vrijwillig zouden verblijven. Dat bleek echter niet zo te zijn. Drie patiënten, ofwel 3,5% van de steekproef, verbleven met een rechterlijke machtiging (R.M.) in dagbehandeling. Een mogelijke verklaring voor dit verschijnsel is dat dagbehandeling voor enkele R.M.-patiënten wordt gebruikt als een gefaseerde stap van rehabilitatie door middel van proefverlof. De relatie met de kliniek blijft dan bestaan en tevens de juridische verantwoordelijkheid, terwijl er gelijktijd voldoende mogelijkheden zijn om volledig ontslag uit de kliniek voor te bereiden.

Conclusie: voor hypothese 11 werd weinig ondersteuning gevonden. Ook voor patiënten die met een rechterlijke machtiging in het psychiatrisch ziekenhuis verbleven, werd in dezelfde mate als voor andere lang opgenomen patiënten naar alternatieve opvangmogelijkheden gezocht, bijvoorbeeld in de vorm van dagbehandeling of beschermd kleinschalig wonen op of buiten het terrein, maar dan wel onder de verantwoordelijkheid en de rechtspersoon van het psychiatrisch ziekenhuis.

12.8. Verblijfsduur

Een ononderbroken verblijf van 20 jaar of langer in een psychiatrisch ziekenhuis is ook in de huidige tijd geen uitzondering. Bijna één op de vier van de lang opgenomen patiënten van de steekproef had een dergelijk lange verblijfsduur. En nog eens twee op de vier patiënten verbleven zes tot twintig jaar continu in de instelling.

In het onderzoek werd aangenomen dat dergelijke verschillen in verblijfsduur een rol zouden spelen bij het oordeel van de hulpverleners over mogelijkheden voor vervangende zorg.

H12: Naarmate patiënten langer in het psychiatrisch ziekenhuis verblijven, komen zij minder in aanmerking voor vervangende zorg.

Tabel 48: Lang opgenomen patiënten in psychiatrische ziekenhuizen naar verblijfsduur en mogelijkheden voor vervangende zorg; absoluut en percentages.

verblijfsduur	< 5 jaar	6-20 jaar	> 20 jaar	totaal
vervangende				
zorg groep	49 (45%)	59 (32%)	8 (9%)	116 (30%)
overige patiënten	59	123	83	265
totaal	108 (100%)	182 (100%)	91 (100%)	381 (100%)

tau = -.263; s.e. = .043; p(a)<.0001

De resultaten van tabel 48 bevestigen deze hypothese. Van de patiënten die korter dan 5 jaar in de instelling verbleven, werd 45% door de hulpverleners voor één of andere vorm van vervangende zorg geïndiceerd. Dit aandeel nam geleidelijk af tot 9% van de patiënten die langer dan twintig jaar waren opgenomen.

De daarop aansluitende vraag is, of in de steekproef van dagbehandling en beschermende woonvormen aanzienlijk minder personen voorkomen met een lange klinische verblijfsduur dan men zou verwachten op basis van de verblijfsduur van de patiënten in psychiatrische ziekenhuizen (toetsing b en c).

Tabel 49: Personen (l.o.p.) in psychiatrische ziekenhuizen (APZ), beschermende woonvormen (BWV) en psychiatrische dagbehandeling (PDB) naar klinische verblijfsduurgroep; percentages.

klinische ver- blijfsduurgroep	APZ (N=381)	BWV (N=179)	PDB (N=86)
z.l.o.p.	65,3%	52,5%	27,9%
l.o.p.-c.	23,8	25,7	34,9
l.o.p.-dc.	11,0	21,8	37,2
totaal	100,0%	100,0%	100,0%
		$\chi^2 = 13,35$	$\chi^2 = 50,81$
		df = 2	df = 2
		p(b) < .005	p(c) < .0001

Deze vraag moet bevestigend worden beantwoord gezien de resultaten van tabel 49. Zowel in beschermende woonvormen, maar vooral in psychiatrische dagbehandeling verbleven aanzienlijk minder personen die daarvoor langer dan 5 jaar continu waren opgenomen geweest in een psychiatrisch ziekenhuis (z.l.o.p.).

Conclusie: de resultaten van de drie toetsingen zijn onderling consistent en ondersteunen de hypothese dat met de duur van de klinische opname de kans op vervangende zorg afneemt.

Het is voorstelbaar dat de duur van het verblijf van een patiënt in het psychiatrisch ziekenhuis niet alleen van invloed is op het oordeel van hulpverleners, maar tevens medebepalend is voor de ontslaghouding van de patiënt zelf. In dit verband werd van de volgende veronderstelling uitgegaan.

H13: Naarmate patiënten langer in een psychiatrisch ziekenhuis verblijven, hebben zij minder de wens om ontslagen te worden.

Tabel 50: Lang opgenomen patiënten in psychiatrische ziekenhuizen naar verblijfsduur bij de laatste opname en houding ten aanzien van ontslag (H.O.); percentages.

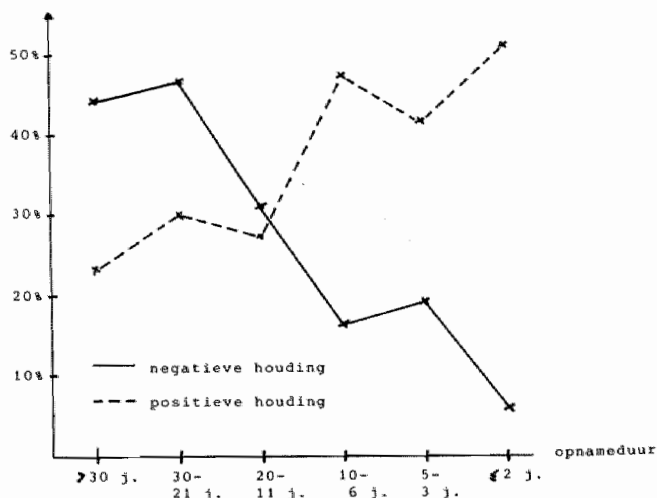
verblijfs- duur	> 30 j.	30-21 jaar	20-11 jaar	10-6 jaar	5-3 jaar	< 2 j.	totaal
positief	23%	30%	28%	48%	42%	51%	38%
ambivalent	33	23	41	36	39	43	36
negatief	44	47	31	16	19	6	26
totaal %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
totaal abs	43	30	51	61	67	35	287

tau = .225; s.e. = .046; $p < .0001$

In de laatste kolom van tabel 50 is te lezen dat 26% van de lang opgenomen patiënten niet meer wensen van verblijfsituatie te veranderen. Eénderde (36%) van de patiënten twijfelde, terwijl een bijna evengroot aandeel (38%) de voorkeur gaf aan een verblijf buiten het psychiatrisch ziekenhuis.

Tussen de opnameduur van patiënten en de houding ten aanzien van ontslag bestond een duidelijk verband. Met de verblijfsduur nam ook het aantal patiënten toe dat niet met ontslag wilde gaan. Ook voor de patiënten met een positieve houding ten aanzien van ontslag was een dergelijk patroon herkenbaar, alhoewel minder consistent. In de houdingsfactor lijkt een caesuur te liggen bij een verblijfsduur van ongeveer 10 jaar. Van de patiënten die langer dan 10 jaar in de instelling verbleven had ongeveer één kwart (27%) de wens met ontslag te gaan, terwijl dit aandeel, met 46%, aanzienlijk hoger lag voor patiënten die korter dan 10 jaar waren opgenomen.

Schema 17: Lang opgenomen patiënten (n=287) met een positieve respectievelijk negatieve houding ten aanzien van ontslag naar opnameduur; percentages.



In bovenstaand schema zijn de bevindingen van tabel 50 nog eens grafisch gepresenteerd.

Conclusie: de hypothese dat patiënten met een zeer lange opnameduur minder geneigd zijn om met ontslag te gaan dan patiënten met een relatief kortere verblijfsduur, wordt door de resultaten van dit onderzoek ondersteund. Tot en met een verblijfsduur van 10 jaar had nog bijna de helft (46%) van de patiënten de wens om ontslagen te worden. Bij een langere verblijfsduur gaat de negatieve houding ten aanzien van ontslag overheersen.

Hoe consistent is deze hypothese nu, als zij ook voor subgroepen van de steekproef wordt getoetst? Is de hypothese ook geldig voor bijvoorbeeld jongere en oudere patiënten, mannen en vrouwen, gehuwde en alleenstaande patiënten?

De hypothese is naar aanleiding van deze vraag opnieuw geëxploreerd voor 26 subgroepen ten aanzien van een 13-tal variabelen,

te weten: geslacht, leeftijd, burgerlijke staat, juridische situatie, psychiatrische diagnose, lichamelijke ziekte/handicap, volledigheid van thuismilieu, agressiviteit, suïcidaal gedrag, basale zelfredzaamheid, potentieel sociale vaardigheden, interne en externe sociale integratie (tabellen 51 en 52).

Tabel 51: De relatie tussen verblijfsduur en houding tegenover ontslag, apart voor mannen en vrouwen, jongeren en ouderen, schizofrene en niet-schizofrene patiënten, en patiënten met een goede of minder goede BZR, PSV, ISI en ESI.

variabele	tau	s.e.	P	N
geslacht				
man	.279	.065	<.0005	157
vrouw	.196	.075	<.005	130
leeftijd				
< 55 jaar	.183	.074	<.01	137
≥ 55 jaar	.160	.074	<.05	150
diagnose				
schizofrenie	.291	.070	<.0005	140
andere diagnose	.199	.068	<.005	147
BZR				
0- 2 (goed)	.269	.054	<.0005	228
3-28 (minder goed)	.231	.119	<.05	59
PSV				
0- 1 (goed)	.218	.092	<.01	94
2- 8 (minder goed)	.255	.062	<.005	193
ISI				
0- 2 (goed)	.289	.079	<.0005	100
3-12 (minder goed)	.222	.063	<.0005	187
ESI				
0-14 (goed)	.073	.131	n.s.	48
15-40 (minder goed)	.271	.054	<.0005	239

Tabel 52: De relatie tussen verblijfsduur en houding tegenover ontslag, apart voor gehuwde en niet gehuwde patiënten, lichamelijk gehandicapten en niet lichamelijk gehandicapten, vrijwillig en onvrijwillig opgenomen patiënten, patiënten met volledig en onvolledig thuismilieu, en patiënten met of zonder agressief of suïcidaal gedrag.

variabele	tau	s.e.	P	N
burgerlijke staat				
gehuwd	.308	.145	<.05	29
alleenstaand	.239	.051	<.0005	258
lichamelijke ziekte/handicap				
ja	.132	.099	n.s.	68
nee	.280	.055	<.0005	219
juridische situatie				
vrijwillig	.224	.050	<.0005	275
onvrijwillig	.611	.219	<.05	12
thuismilieu				
volledig	-.015	.112	n.s.	88
onvolledig	.293	.061	<.0001	199
agressiviteit				
geen (0-1)	.303	.064	<.0005	166
meer (2-8)	.156	.075	<.05	121
suïcidaliteit				
geen (0-1)	.251	.051	<.0005	265
meer (2-6)	.039	.175	n.s.	22

Voor 23 van de 26 bestudeerde subgroepen bleek een verband te bestaan tussen de verblijfsduur van patiënten en hun houding tegenover een eventueel ontslag. Alleen voor een viertal subgroepen was minder duidelijk of de strekking van de hypothese ook voor hun van toepassing was. Het ging daarbij om patiënten met een goede externe sociale integratie, patiënten die lichamelijk ziek of gehandicapt waren, patiënten met suïcidaal gedrag en patiënten met een betrekkelijk volledig thuismilieu.

Conclusie: hypothese 13 bleek ook geldig te zijn voor meer specifieke groepen van patiënten. Alleen bij vier van de 26 in dit verband bestudeerde groepen ging een lange verblijfsduur van patiënten in mindere mate gepaard met een negatieve houding ten aanzien van ontslag.

Een volgende vraag is, hoe de lang opgenomen patiënten hun verblijf op de afdeling en in de instelling ervaren. Is het zo dat patiënten die zeer lang in het psychiatrisch ziekenhuis verblijven en waar de tijdelijke asyloffunctie is overgegaan in langdurige huisvesting, steun en begeleiding, de leefsituatie binnen het instituut positiever ervaren dan patiënten die minder lang zijn opgenomen?

In het onderzoek werd verondersteld dat de patiënten die nog niet al te lang geleden werden opgenomen, een minder positieve houding zouden innemen tegenover de leefsituatie binnen het instituut dan patiënten die daar reeds zeer lang verblijven. Deze aanname was gebaseerd op common-sense-redeneringen en niet op een geëxpliciteerd en te toetsen theoretisch model. Zo werd aangenomen dat:

- patiënten die zeer lang zijn opgenomen, misschien ook meer kwetsbaar zijn en daardoor de huisvesting, de begeleiding en de formele/informele contacten met patiënten en hulpverleners gunstiger ervaren;
- zeer lang opgenomen patiënten misschien beter gewend zijn aan de huisvesting en de huisregels van het instituut, dan patiënten die minder lang zijn opgenomen;
- zeer lang opgenomen patiënten misschien minder geloven in de haalbaarheid of wenselijkheid van een verblijf buiten het instituut en daarom het verblijf in de huidige instelling extra waarderen; en dat
- zeer lang opgenomen patiënten misschien meer erin zijn geslaagd - met veel moeite - om een nieuwe kennissenkring op te bouwen bestaande uit medebewoners en personeelsleden, dan patiënten die nog niet zo lang in de inrichting verblijven.

H14: Naarmate patiënten langer in een psychiatrisch ziekenhuis verblijven, is hun houding positiever ten opzichte van de afdeling en instelling.

Tabel 53: Lang opgenomen patiënten in psychiatrische ziekenhuizen naar verblijfsduur en houding ten aanzien van afdeling/instelling (H.A.); percentages.

verblijfs- duur	> 30 j.	30-21 jaar	20-11 jaar	10-6 jaar	5-3 jaar	≤ 2 j.	totaal
positief	51%	63%	55%	46%	23%	29%	42%
ambivalent	40	27	33	47	61	63	47
negatief	9	10	12	7	16	8	11
totaal %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
totaal abs.	43	30	51	61	67	35	287

$$\tau = -.195; \text{ s.e.} = .047; p < .0005$$

Tussen de verblijfsduur van patiënten en de houding ten opzichte van afdeling en instelling bleek een verband in de veronderstelde richting te bestaan (tabel 53). Een langere verblijfsduur ging gepaard met een positieve instelling van patiënten tegenover de eigen afdeling en instelling. Vanaf een verblijfsduur van 6 jaar was er sprake van een hoog percentage personen met een positieve houding. Men zou kunnen stellen dat de ambivalente houding ten aanzien van afdeling en instelling met de duur van het verblijf steeds meer wordt vervangen door een positieve, aanvaardende attitude.

Het omgekeerde van hypothese 14 was niet geldig. Een korte verblijfsduur ging niet gepaard met een meer negatieve houding ten opzichte van afdeling en instelling. Het aandeel patiënten met een uitgesproken negatieve houding bleef over de verschillende verblijfsduurgroepen betrekkelijk constant. Kort en lang opgenomen patiënten verschilden in die zin van elkaar dat patiënten tot en met een verblijfsduur van 10 jaar ambivalent waren in hun houding terwijl de patiënten met een langere verblijfsduur vooral

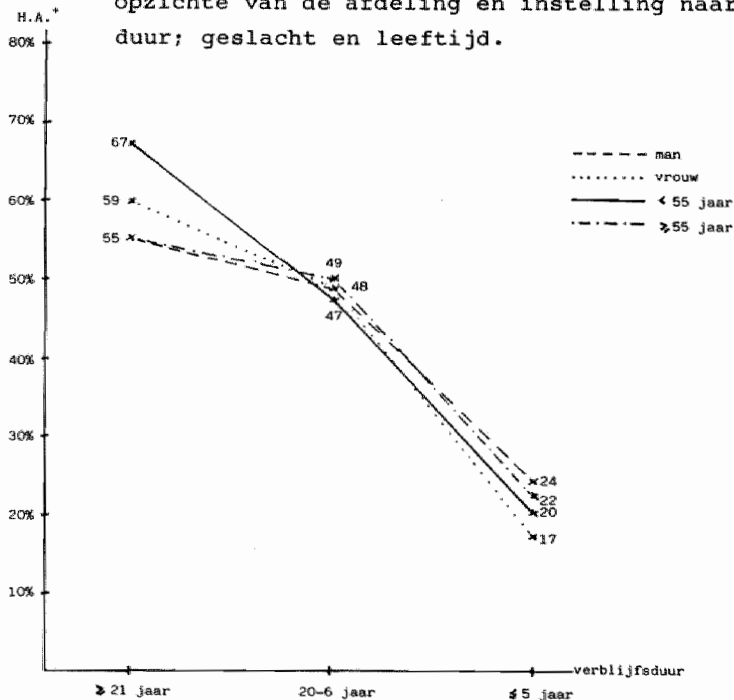
een positieve houding innamen tegenover hun afdeling en instelling.

Conclusie: bovengenoemde resultaten ondersteunen de hypothese dat met toenemende verblijfsduur de houding van de patiënt ten opzichte van de afdeling en instelling positiever wordt.

Ten aanzien van deze conclusie kan wederom de vraag worden gesteld, of het verband ook aantoonbaar is voor verschillende subgroepen van de steekproef. Voor de beantwoording van deze vraag werd gebruik gemaakt van dezelfde variabelen en groepen als bij tabel 51 en 52.

Ook voor de subgroepen werd dus verwacht: een hoog percentage patiënten met een positieve H.A.-score bij een zeer lange verblijfsduur, en een laag percentage voor patiënten met een betrekkelijk korte verblijfsduur. De schema's zouden dus in principe allemaal een dalende lijn te zien moeten geven.

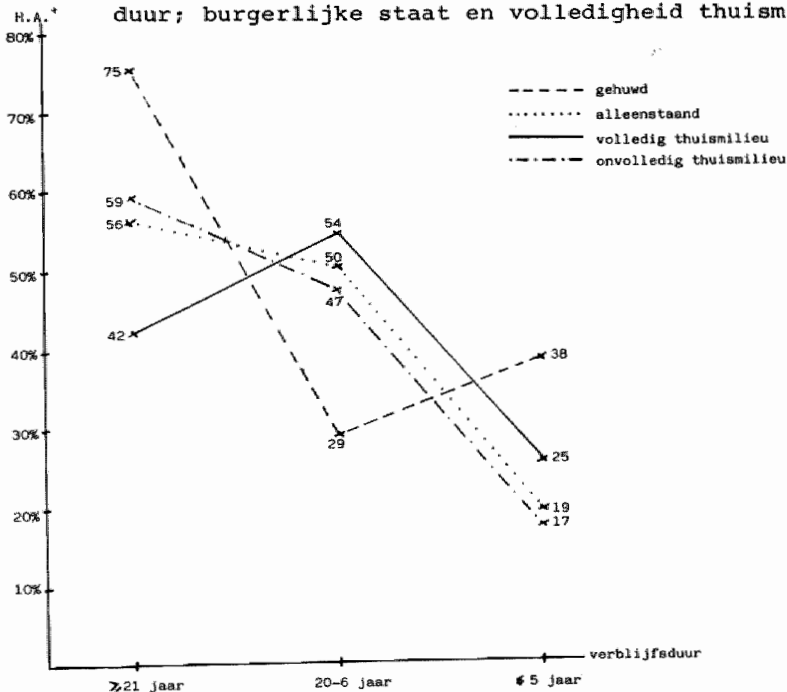
Schema 18: Aandeel patiënten (%) met een positieve houding ten opzichte van de afdeling en instelling naar verblijfsduur; geslacht en leeftijd.



Bij schema 18 kon dezelfde relatie worden geconstateerd voor mannen en vrouwen, en tevens voor jongere en oudere patiënten: met de duur van de opname was de houding ten opzichte van de afdeling en instelling positiever.

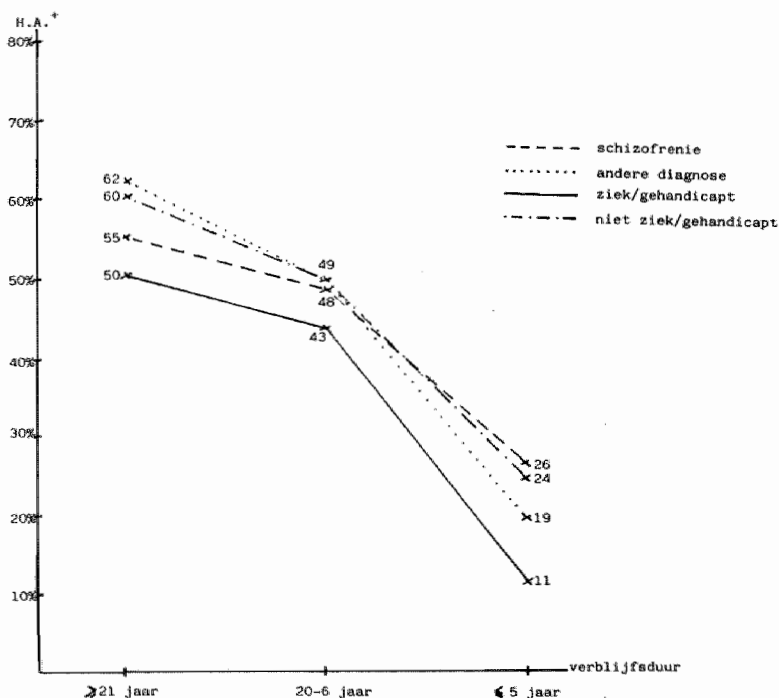
In de scoreverdeling vertoonden mannen en vrouwen eenzelfde patroon. Het aandeel mannen en het aandeel vrouwen met een positieve attitude verschilde per verblijfsduurgroep nauwelijks. Eenzelfde trend kon ook worden opgemerkt voor patiënten die jonger dan 55 jaar waren en voor patiënten van 55 jaar of ouder. Evenveel jongere en oudere patiënten met een opnameduur van korter dan 5 jaar of een verblijfsduur van 6 tot 20 jaar namen een positieve houding in ten opzichte van afdeling en instelling. Opmerkelijk was wel dat met een nog langere opnameduur, namelijk 20 jaar of langer, tweederde (67%) van de jongere patiënten positief stond ten opzichte van de afdeling en instelling, terwijl dit alleen gold voor 55% van de oudere patiënten.

Schema 19: Aandeel patiënten (%) met een positieve houding ten opzichte van de afdeling en instelling naar verblijfsduur; burgerlijke staat en volledigheid thuismilieu.



Bij de gehuwde patiënten en patiënten met een betrekkelijk volledig thuismilieu bestond in verband met hypothese 13 een inconsistent patroon (schema 19). Zo was het aandeel gehuwde patiënten met een positieve houding in de verblijfsduurgroep ≤ 5 jaar met 38% groter dan in de verblijfsduurgroep 6-20 jaar (29%). Bij de groep patiënten met een betrekkelijk volledig thuismilieu bleken de patiënten met de langste verblijfsduren (> 21 jaar) minder positief te staan ten opzichte van afdeling en instelling (42%) dan de vergelijkbare groep patiënten met een verblijfsduur van 6-20 jaar (54%).

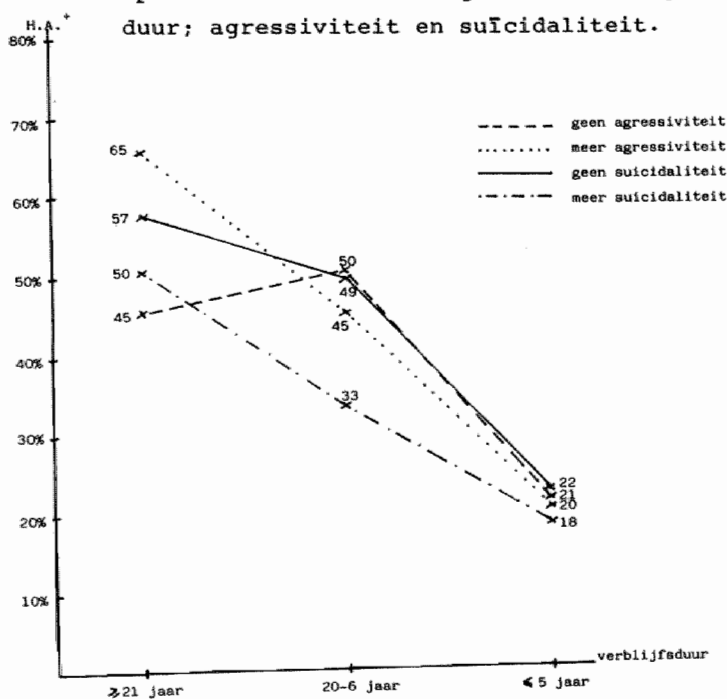
Schema 20: Aandeel patiënten (%) met een positieve houding ten opzichte van de afdeling en instelling naar verblijfsduur; psychiatrische diagnose en lichamelijke ziekte/handicap.



Het aandeel schizofrene patiënten dat een positieve houding innamen opzichte van afdeling en instelling (schema 20), verschilde niet veel per verblijfsduurgroep van patiënten met een andere psychiatrische diagnose. Wel werd in de groep patiënten waarbij een lichamelijke ziekte of handicap gepaard ging met functiebeperkingen bij zien, horen, spreken of lopen, minder vaak een positieve houding aangetroffen dan in de groep patiënten zonder dergelijke lichamelijke beperkingen. Deze bevinding gold voor alle drie onderscheiden verblijfsduurgroepen.

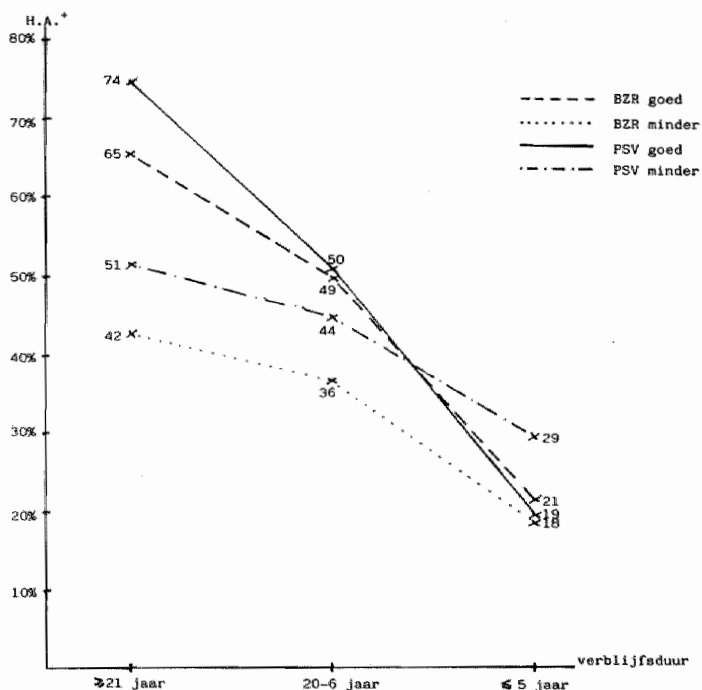
Alle vier subgroepen van schema 20 vertonen overigens hetzelfde patroon als de totale groep: hoe langer de opnameduur is, hoe groter het aandeel patiënten met een positieve houding ten aanzien van afdeling en instelling.

Schema 21: Aandeel patiënten (%) met een positieve houding ten opzichte van de afdeling en instelling naar verblijfsduur; agressiviteit en suicidaliteit.



De resultaten voor patiënten met enige vorm van agressief gedrag, en patiënten met en zonder suïcidaal gedrag waren conform de bevindingen voor de totale groep. Ook voor deze drie subgroepen was sprake van een meer positieve afdelings- en instellingsattitude, naarmate de opnameduur langer was. Wel was het aandeel van de meer suïcidale patiënten dat een positieve houding had, met 33% betrekkelijk gering voor de verblijfsduurgroep 6-20 jaar. Opvallend was ook dat van de patiënten die langer dan 20 jaar waren opgenomen en meer agressief gedrag vertoonden dan andere patiënten, toch 65% tijdens het interview te kennen gaf een positieve houding te hebben ten opzichte van de afdeling en instelling.

Schema 22: Aandeel patiënten (%) met een positieve houding ten opzichte van de afdeling en instelling naar verblijfsduur; basale zelfredzaamheid (BZR) en potentieel sociale vaardigheden (PSV).

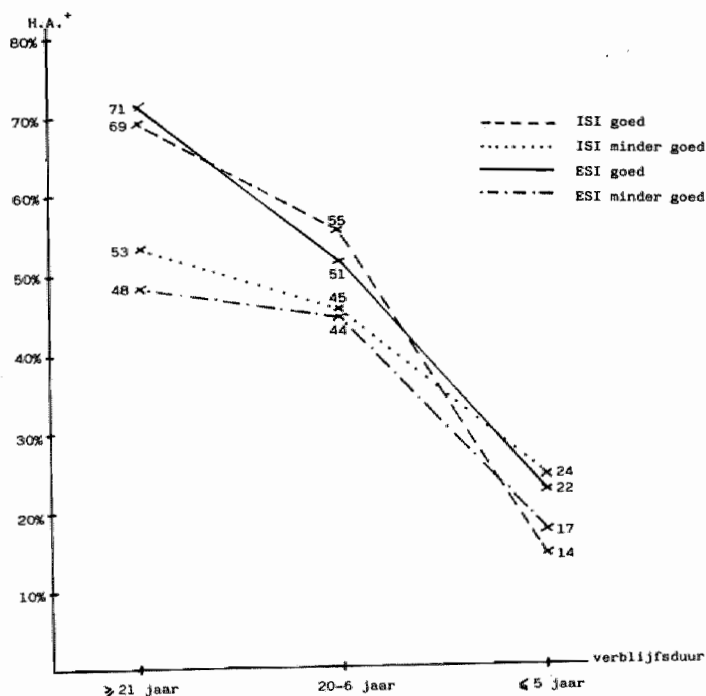


Zowel patiënten die goed zelfredzaam (BZR) en sociaal vaardig (PSV) waren als ook de patiënten die slechter op deze indices scoorden, waren meer positief in hun houding ten opzichte van afdeling en instelling, naarmate de psychiatrische opname langer duurde (schema 22).

Zoals bij patiënten met lichamelijke handicaps werd opgemerkt, bleek ook bij patiënten die minder goed zelfredzaam (BZR) waren, dat zij een minder positieve houding hadden tegenover hun afdeling en instelling. Deze constatering geldt niet voor patiënten die korter dan vijf jaren waren opgenomen, maar wel voor patiënten met een langere verblijfsduur.

Van de patiënten met een goede BZR- en PSV-score die tevens langer dan twintig jaren waren opgenomen, vertoonde 65% respectievelijk 74% een positieve afdelings- en instellingshouding.

Schema 23: Aandeel patiënten (%) met een positieve houding ten opzichte van de afdeling en instelling naar verblijfsduur; interne sociale integratie (ISI) en externe sociale integratie (ESI).



Ook voor patiënten die minder goed binnen (ISI) of buiten (ESI) de instelling aan sociale activiteiten deelnamen kan naar aanleiding van schema 23 worden geconstateerd dat een langere verblijfsduur gepaard ging met een positievere houding ten opzichte van de afdeling en instelling.

Tot en met een verblijfsduur van 5 jaar waren de verschillen tussen de vier subgroepen niet erg groot. Naarmate de opname echter langer duurde, waren vooral de patiënten met een grote mate van interne en externe sociale integratie positief over de leef sfeer op de afdeling en in de instelling.

Samenvatting: met uitzondering van gehuwde patiënten, patiënten met een betrekkelijk volledig thuismilieu en patiënten zonder agressief gedrag waren de resultaten voor de bestudeerde subgroepen in overeenstemming met de gegevens voor de totale steekproef. Alleenstaande patiënten, en patiënten met een onvolledig thuismilieu, patiënten met enige mate van agressie, mannen en vrouwen, jongere en oudere patiënten, schizofrene patiënten en patiënten met een andere psychiatrische diagnose, lichamelijk gehandicapte en lichamelijk niet gehandicapte patiënten, suicidale en niet-suicidale patiënten, patiënten met goede vaardigheden wat betreft BZR, PSV, ISI en ESI en patiënten met minder goede vaardigheden oordeelden positiever over hun afdeling en instelling naarmate zij langer in de instelling verbleven.

12.9. Houding t.a.v. afdeling/instelling en ontslag

In hypothese 15 worden beide houdingsfactoren aan elkaar gerelateerd. Een positieve houding ten opzichte van afdeling en instelling zou - zo is de veronderstelling - vooral gepaard gaan met een negatieve ontslaghouding, terwijl een negatieve afdelings- en instellingshouding vooral zou voorkomen bij patiënten die ontslagen willen worden.

H15: Naarmate de houding van lang opgenomen patiënten positiever is ten aanzien van de afdeling en instelling, zullen zij minder de wens hebben om ontslagen te worden.

Tabel 54: Lang opgenomen patiënten in psychiatrische ziekenhuizen naar houding t.o.v. afdeling & instelling (H.A.) en houding t.o.v. ontslag (H.O.); percentages.

H.A. \ H.O.	positief	ambivalent	negatief	totaal
positief	21%	47%	58%	37%
ambivalent	32	41	39	37
negatief	47	12	3	26
totaal %	100%	100%	100%	100%
totaal abs	126	135	31	292

$\tau = -.366$; s.e. = .046; $p < .0001$

Uit de gegevens van tabel 54 blijkt dat de patiënten die hun leefsituatie op de afdeling en in de instelling positief beleefden (kolom 1), eerder negatief (47%) of ambivalent (32%) tegenover een eventueel ontslag stonden dan positief (21%). De omgekeerde relatie kan worden geconstateerd bij de betrekkelijk kleine groep van patiënten ($N = 31$) die hun verblijf als negatief hebben ervaren (kolom 3). De meerderheid (58%) wilde met ontslag en slechts een enkeling (3%) wilde in de instelling blijven.

Conclusie: de resultaten ondersteunen de hypothese dat de houding ten opzichte van de afdeling en de houding ten opzichte van ontslag omgekeerd evenredig aan elkaar gerelateerd zijn. Een positieve afdelings- en instellingshouding gaat veelal gepaard met een negatieve ontslaghouding, en een negatieve houding ten opzichte van de afdeling veelal met een positieve ontslagattitude.

Bij hypothese 13 kon worden geconstateerd dat de ontslaghouding met de duur van de opname meer ambivalent of negatief was. Tevens bleek dat de patiënten bij een langere verblijfsduur de afdeling en de instelling positiever beleefden (H 15). Omdat de variabele "verblijfsduur" dus zowel gerelateerd is aan de ontslaghouding als aan de afdelingshouding, is het van belang om voor de drie verblijfsgroepen (z.l.o.p., l.o.p.-c., l.o.p.-d.c.) apart na te

gaan of de omgekeerd evenredige relatie tussen de twee houdingsvariabelen blijft bestaan, als gecorrigeerd wordt voor de invloed van verblijfsduur.

Tabel 55: Zeer lang opgenomen patiënten (z.l.o.p.) in psychiatrische ziekenhuizen naar houding t.a.v. afdeling & instelling (H.A.) en houding t.o.v. ontslag (H.O.); percentages.

H.O. \ H.A.	positief	ambivalent	negatief	totaal
positief	20%	39%	67%	32%
ambivalent	29	46	33	35
negatief	51	15	--	33
totaal %	100%	100%	100%	100%
totaal abs	97	70	18	185

$$\tau = -.378; \text{ s.e.} = .058; p < .0001$$

Tabel 56: Lang en continu opgenomen patiënten (l.o.p.-c.) in psychiatrische ziekenhuizen naar houding t.a.v. afdeling & instelling (H.A.) en houding t.o.v. ontslag (H.O.); percentages.

H.O. \ H.A.	positief	ambivalent	negatief	totaal
positief	19%	51%	40%	41%
ambivalent	33	40	50	39
negatief	48	9	10	20
totaal %	100%	100%	100%	100%
totaal abs	20	43	10	73

$$\tau = -.268; \text{ s.e.} = .105; p < .005$$

Tabel 57: Lang en discontinu opgenomen patiënten (l.o.p.-d.c.) in psychiatrische ziekenhuizen naar houding t.o.v. afdeling & instelling (H.A.) en houding t.a.v. ontslag (H.O.); percentages.

H.A. \ H.O.	positief	ambivalent	negatief	totaal
positief	33%	68%	67%	59%
ambivalent	56	27	33	35
negatief	11	5	--	6
totaal %	100%	100%	100%	100%
totaal abs	9	22	3	34

tau = -.208; s.e. = .162; p=n.s.

De patiënten met een continue verblijfsduur van langer dan 5 jaar (z.l.o.p.) vormen zowel in onze steekproef als ook landelijk de grootste groep. Vooral de resultaten voor deze groep van patiënten beïnvloeden in belangrijke mate de resultaten van de totale steekproef.

Nadere beschouwing van de resultaten voor de z.l.o.p.-groep (tabel 55) leert dat de getrokken conclusie ongewijzigd geldig blijft voor deze patiënten. De tabellen 56 en 57 geven een iets ander beeld te zien. De patiënten die korter dan vijf jaar waren opgenomen (l.o.p.-c. en l.o.p.-d.c.), bleken veelal reeds bij een ambivalente houding ten opzichte van de afdeling en instelling positief te staan tegenover de mogelijkheid van ontslag. Patiënten met een negatieve afdelingsattitude waren niet positiever in hun ontslagattitude dan patiënten met een ambivalente houding tegenover afdeling en instelling.

12.10. Behandelingbeleid en ontslagattitude

In het voorafgaande hoofdstuk bleek dat een positieve beleving van de sfeer op de afdeling en in de instelling veelal gepaard ging met een negatieve en ambivalente houding van de patiënt ten aanzien van een eventueel ontslag. Omdat dit verschijnsel met

toenemende verblijfsduur steeds meer bij patiënten voorkomt, zal dit fenomeen in het vervolg "positieve hospitalisatie" worden genoemd.

Dit verschijnsel van positieve hospitalisatie heeft voor patiënten, waarbij ontslag nog één van de doelstellingen is, een andere betekenis dan voor patiënten waarbij "care"-aspecten op de voorgrond staan.

Bij patiënten waar "care"-doelstellingen overwegen, voor een belangrijk deel gericht op de leef sfeer (verbetering van woonomstandigheden, privacy, bevorderen van interne contacten e.d.), kan positieve hospitalisatie worden gezien als een bedoeld verschijnsel, - dus als functioneel gezien de doelstellingen van de zorg.

Voor patiënten daarentegen waarbij ontslag nog één van de doelen is, lijkt positieve hospitalisatie als een onbedoelde ontslagbelemmerende factor te fungeren. De formele doelstelling van ontslag interfereert namelijk met het proces van aanpassing en het gevoel van waardering en zekerheid dat gedurende het verblijf ontstaat; - een proces dat gepaard gaat met een geringere wens om buiten het instituut min of meer zelfstandig te leven. Voor deze groep patiënten is positieve hospitalisatie een dysfunctioneel verschijnsel.

Voor hoeveel van de lang opgenomen patiënten was de zorg nog gericht op ontslag naar min of meer zelfstandige huisvesting?

In het onderzoek werd aan de hoofdbehandelaar, maar ook aan een verpleegkundige, verzocht om onafhankelijk van elkaar per patiënt een oordeel te geven, of zelfstandig wonen of wonen bij familie, gezin of vrienden nog één van de doelen bij de begeleiding en behandeling was. Deze vraag kon met ja of nee worden beantwoord. Door middel van deze vraag was het dus mogelijk om patiënten naar de doelstelling van de zorg te onderscheiden. Voor beide groepen beroepsbeoefenaren is vervolgens nagegaan, welke samenhang bestaat tussen enerzijds de ontslaggerichte doelstelling, zoals geformuleerd door de hulpverleners, en anderzijds de houding van

de patiënt ten aanzien van ontslag. De centrale vraag van deze paragraaf is dan ook: sluit de ontslaghouding van de patiënt aan bij de intenties van de hulpverleners?

H16: Als voor lang opgenomen patiënten door het behandelend personeel wordt aangegeven dat de zorg niet meer gericht is op ontslag, zullen deze patiënten zelf minder de wens hebben om ontslagen te worden dan patiënten waarvoor de zorg wel op ontslag is gericht.

Tabel 58: Lang opgenomen patiënten naar doelstelling van de zorg (oordeel verpleegkundige) en houding ten aanzien van ontslag; percentages.

H.O. \ doelstelling zorg	zelfstandig wonen of wonen bij anderen	niet zelfstandig wonen en niet wonen bij anderen	totaal
positief	48%	36%	37%
ambivalent	48%	36%	37%
negatief	4%	28%	26%
totaal	100%	100%	100%
	N=23	N=263	N=286

$\tau = -.114$; s.e. = .045; $p < .01$

Volgens het oordeel van de verpleegkundige was bij 8% van de geïnterviewde patiënten de zorg nog op ontslag gericht (tabel 58). Van deze 23 patiënten had de ene helft een positieve ontslaghouding en was de andere helft ambivalent. Eén patiënt wilde geheel niet met ontslag.

Het verschil in ontslaggeneigdheid met de grote groep patiënten, waarbij zelfstandig wonen en wonen bij familie, gezin of vrienden geen doelstelling voor de hulpverlening meer was, bereikte statistische significantie. Toch had ook van deze patiënten nog steeds meer dan één derde een positieve ontslaghouding.

De vraag naar de doelstelling van de zorg werd ook gesteld aan de hoofdbehandelaar (psychiater of psycholoog).

Tabel 59: Lang opgenomen patiënten naar doelstelling van de zorg (oordeel hoofdbehandelaar) en houding ten aanzien van ontslag; percentages.

H.O. \ doelstelling zorg	zelfstandig wonen of wonen bij anderen	niet zelfstandig wonen en niet wonen bij anderen	totaal
positief	68%	34%	37%
ambivalent	21%	39%	37%
negatief	11%	27%	26%
totaal	100%	100%	100%
	N=27	N=259	N=286

$$\text{tau} = -.180; \text{s.e.} = .050; p < .001$$

De hoofdbehandelaar bleek vooral van mening te verschillen met de verpleegkundige over de patiënten, waarvoor zelfstandig wonen of inwoning bij anderen (familie/gezin/vrienden) nog doelstelling van de zorg zou zijn. Slechts 12 van de patiënten die de hoofdbehandelaar in dit verband noemde, werden ook door de verpleegkundige genoemd. Bij 52% van deze patiënten bestond dus overeenstemming.

Veel meer consensus bestond ten aanzien van patiënten, waarbij de hulpverlening niet meer is gericht op het bereiken van zelfstandig wonen. Van de 263 patiënten die in dit verband door de verpleegkundige werden genoemd, bestond ten aanzien van 250, ofwel 95%, overeenstemming. Onafhankelijk van elkaar meenden verpleegkundige en hoofdbehandelaar dat voor deze patiënten de hulpverlening niet meer gericht was op ontslag naar min of meer zelfstandige huisvesting.

Tabel 59 laat zien dat van de patiënten waarvoor de zorg volgens de hoofdbehandelaar nog wel was gericht op ontslag, maar liefst 68% een positieve ontslagattitude had. Meer nog dan de verpleeg-

kundige noemde dus de hoofdbehandelaar patiënten waarbij de doelstelling "ontslag en zelfstandig wonen" overeenkwam met een positieve houding ten aanzien van ontslag.

Hoe consistent zijn de bevindingen van tabel 59 voor jongere en oudere patiënten, en patiënten met goede en beperkte sociale vaardigheden?

Tabel 60: Lang opgenomen patiënten naar doelstelling van de zorg (oordeel hoofdbehandelaar) en houding ten aanzien van ontslag; percentages.

	zelfstandig wonen of wonen bij anderen	niet zelfstandig wonen en niet wonen bij anderen
<u>jonger dan 45 jaar</u>		
(N=86; tau=-.250; p<.005)		
positief	79%	43%
ambivalent	21%	40%
negatief	---	17%
<u>45 jaar en ouder</u>		
(N=216; tau=-.111; p=n.s.)		
positief	57%	31%
ambivalent	21%	38%
negatief	21%	31%
<u>goed sociaal vaardig</u>		
(N=94; tau=-.202; p<.05)		
positief	70%	39%
ambivalent	18%	36%
negatief	12%	25%
<u>beperkt sociaal vaardig</u>		
(N=206; tau=-.141; p<.05)		
positief	64%	32%
ambivalent	27%	40%
negatief	9%	28%

De aantallen patiënten in de onderscheiden subgroepen naar leeftijd en sociale vaardigheden ($PSV < 2$; $PSV \geq 2$) waren klein, - vooral voor de patiënten, waarvoor de hoofdbehandelaar aangaf dat de zorg nog op zelfstandig wonen was gericht (kolom 1, tabel 60). De resultaten zijn dan ook hoogstens indicatief voor deze subgroepen. Wel vertonen ook de gegevens voor deze subgroepen het reeds eerder geconstateerde patroon. Patiënten, waarbij het behandelingsbeleid volgens de hoofdbehandelaar gericht was op ontslag en zelfstandig wonen, hadden in het algemeen zelf ook een meer ontslaggerichte attitude dan patiënten die niet behandeld werden met het perspectief op zelfstandig wonen.

12.11. Doorstroming op de afdeling

In het voorafgaande zijn instellings- en afdelingsfactoren besproken die op patiënt-niveau werden gemeten, zoals verblijfsduur, de beleving van de directe leefomgeving door de patiënt en de gerichtheid van de behandeling op ontslag. Deze factoren werden gerelateerd aan de ontslaghouding van de patiënt en het oordeel van hulpverleners over mogelijkheden van ontslag.

In hypothese 17 wordt een nieuw aspect geïntroduceerd, namelijk "doorstroming" ofwel "mobiliteit" van medepatiënten op de afdeling. Dit was overigens de enige variabele in het onderzoek die direct op afdelingsniveau werd gemeten. Zo werd voor alle steekproefpatiënten nagegaan, of zij op afdelingen verbleven met een relatief grote of een geringe doorstroomsnelheid. Verwacht werd dat lang opgenomen patiënten van afdelingen, waar meer opnemingen en ontslagen plaatsvonden, eerder voor vervangende zorg werden geïndiceerd dan patiënten van afdelingen met een geringe doorstroming.

H17: Naarmate de doorstroming van medepatiënten op de afdeling groter is, komen lang opgenomen patiënten meer in aanmerking voor vervangende zorg.

Als enige maat voor het aspect doorstroming werd gebruik gemaakt van de verblijfsduurcoëfficiënt. Per afdeling en paviljoen werd berekend hoeveel van de patiënten daar korter dan één jaar verbleven:

$$\frac{\text{patiënten} < 1 \text{ jaar}}{\text{totaal patiënten afdeling}} \times 100$$

Vervolgens werden de afdelingen onderscheiden naar het percentage patiënten dat langer dan één jaar was opgenomen.

De 381 steekproefpatiënten in de vijf psychiatrische ziekenhuizen verbleven samen met andere patiënten in 109 units. Onder het begrip "unit" werden alle ruimtelijk gescheiden wooneenheden van een psychiatrisch ziekenhuis samengevat, hoe verschillend zij ook waren wat betreft ligging, omvang en begeleidingsprogramma's. Het ging daarbij om afdelingen, paviljoens (al of niet beheersmatig en organisatorisch onderverdeeld), sociowoningen (op of buiten het terrein) en psychiatrische hostels.

Tabel 61: Aantal units in de 5 psychiatrische ziekenhuizen met steekproefpatiënten; naar mate van doorstroming.

soort unit	aantal units (N=109)	aantal patiënten (N=381)
type 1: > 70% langblijvers (1 jaar ⁺)	72	288
type 2: 30-70% langblijvers (1 jaar ⁺)	23	72
type 3: < 30% langblijvers (1 jaar ⁺)	14	21

Ongeveer driekwart van de lang opgenomen patiënten woonde in units met een betrekkelijk geringe doorstroming (type 1). De overige steekproefpatiënten verbleven in units met een grotere doorstroming.

Inhoeverre bestaat nu een samenhang tussen de doorstroming van de unit waar de patiënt verbleef en het oordeel van de hulpverleners over vervangende zorg?

Tabel 62: Lang opgenomen patiënten in psychiatrische ziekenhuizen naar type unit en mogelijkheden van vervangende zorg volgens hulpverleners; absoluut en percentages.

	unit type 1	unit type 2	unit type 3	
	> 70%	30-70%	< 30%	totaal
	langblijvers	langblijvers	langblijvers	
vervangende				
zorg-groep	67 (23%)	39 (54%)	10 (48%)	116 (30%)
overige				
patiënten	221	33	11	265
totaal	288 (100%)	72 (100%)	21 (100%)	381 (100%)
tau = -.265; s.e. = .052; p(a) < .0001				

Op de units met de geringste doorstroming (type 1), waar de meeste patiënten woonden, werd 23% van de patiënten door de psychiater en verpleegkundige geschikt geacht voor vervangende zorg. De patiënten daarentegen die op afdelingen verbleven, waar meer opnemingen en ontslagen plaatsvonden (type 2 en 3), kwamen volgens hun hulpverleners meer in aanmerking voor vervangende zorg. De percentages zijn 54% en 48%. Hypothese 17 wordt dus gedeeltelijk ondersteund.

Het zou voorbarig zijn om alleen op basis van deze resultaten een oorzakelijk verband te veronderstellen tussen een grotere doorstroming op de afdeling enerzijds en het vervangende zorg-oordeel van hoofdbehandelaar en verpleegkundige anderzijds. Daarmee zouden de eerder geconstateerde relaties tussen het vervangende zorg-oordeel en bijvoorbeeld leeftijd, verblijfsduur of sociale vaardigheden volledig genegeerd worden.

Tabel 63: Lang opgenomen patiënten naar type unit en verblijfsduurgroep; absoluut en percentages.

	unit type 1		unit type 2		unit type 3		
	> 70%		30-70%		< 30%		
	langblijvers		langblijvers		langblijvers		totaal
z.l.o.p.	212	(74%)	30	(42%)	6	(29%)	248 (65%)
l.o.p.-c.	55	(19%)	26	(36%)	10	(47%)	91 (24%)
l.o.p.-dc.	21	(17%)	16	(22%)	5	(24%)	42 (11%)
totaal	288	(100%)	72	(100%)	21	(100%)	381 (100%)

Tabel 63 geeft een indicatie dat de resultaten onder andere vertekend kunnen zijn, doordat de steekproefpatiënten van type 1-units vooral langer zijn opgenomen (74% verbleef langer dan 5 jaar in de instelling), terwijl de patiënten van type 2 en 3-units vooral een verblijfsduur van korter dan 5 jaar hebben (58% respectievelijk 71%). De vraag naar de relatie tussen doorstroming op de afdeling en het in aanmerking komen voor vervangende zorg zal dus opnieuw moeten worden gesteld, maar dan apart voor:

- jongere en oudere patiënten
- patiënten met goede en minder goede scores op potentiële sociale vaardigheden, en
- patiënten met een korte en lange verblijfsduur.

Bij de volgende tabellen 64 t/m 68 werden de patiënten van type 2 en 3-afdelingen, gezien de kleine aantallen patiënten, als één groep geanalyseerd.

Tabel 64: Lang opgenomen patiënten jonger dan 45 jaar naar type unit en mogelijkheden van vervangende zorg; absoluut en percentages.

	unit type 1 > 70%	unit type 2 en 3 ≤ 70%	
	langblijvers	langblijvers	totaal
vervangende zorg-groep	20 (40%)	33 (64%)	53 (52%)
overige patiënten	30	19	49
totaal	50 (100%)	52 (100%)	102 (100%)

$X^2 = 5,62$; $df = 1$; $p < .02$

Tabel 65: Lang opgenomen patiënten van 45 jaar en ouder naar type unit en mogelijkheden van vervangende zorg; absoluut en percentages.

	unit type 1 > 70%	unit type 2 en 3 ≤ 70%	
	langblijvers	langblijvers	totaal
vervangende zorg-groep	46 (19%)	16 (39%)	62 (22%)
overige patiënten	192	25	217
totaal	238 (100%)	41 (100%)	279 (100%)

$X^2 = 7,85$; $df = 1$; $p < .005$

De herhaling van de analyse, maar dan apart voor patiënten jonger dan 45 jaar en patiënten die 45 jaar en ouder zijn, gaf hetzelfde patroon te zien als tabel 63. Voor beide leeftijdsgroepen bleek dat de patiënten van units met een grotere doorstroming eerder in aanmerking kwamen voor vervangende zorg dan de patiënten van units met een geringe doorstroming.

Wel is het nog steeds mogelijk dat de patiënten van units met een geringere doorstroming, vooral de patiënten zijn met geringe vaardigheden, - patiënten die minder kans maken op vervangende zorg. Gezien de grote bijdrage die de PSV-index heeft voor het oordeel over vervangende zorg (hfdst. 12.2.) is bij de meer gedetailleerde analyse voor deze vaardigheidsmaat gekozen.

Tabel 66: Lang opgenomen patiënten met goede potentieel sociale vaardigheden (PSV < 2) naar type unit en mogelijkheden van vervangende zorg; absoluut en percentages.

	unit type 1 > 70% langblijvers	unit type 2 en 3 < 70% langblijvers	totaal
vervangende zorg-groep	25 (43%)	35 (73%)	60 (57%)
overige patiënten	33	13	46
totaal	58 (100%)	48 (100%)	106 (100%)
$\chi^2 = 9,50; df = 1; p < .005$			

Tabel 67: Lang opgenomen patiënten met beperkte potentieel sociale vaardigheden (PSV > 2) naar type unit en mogelijkheden van vervangende zorg; absoluut en percentages.

	unit type 1 > 70% langblijvers	unit type 2 en 3 < 70% langblijvers	totaal
vervangende zorg-groep	42 (18%)	14 (33%)	56 (21%)
overige patiënten	188	28	216
totaal	230 (100%)	42 (100%)	272 (100%)
$\chi^2 = 4,94; df = 1; p < .03$			

Uit de tabellen 66 en 67 wordt duidelijk dat het verschil in doorstroming in de unit ook bij patiënten met dezelfde sociale vaardigheden (PSV) tot uiting kwam in verschillen in indicatiestelling voor vervangende zorg. Patiënten die goede (potentieel) sociale vaardigheden hadden, maar die in units verbleven met weinig doorstroming, werden door hun hulpverleners minder vaak (43%) voor vervangende zorg ingedeeld dan patiënten met vergelijkbare PSV-scores (73%) in units waar relatief veel doorstroming plaatsvond. De resultaten van tabel 67 wijzen op hetzelfde fenomeen, maar dan voor patiënten met beperkte sociale vaardigheden. Ook deze patiënten hadden in units waar nog betrekkelijk veel opnemingen en ontslagen plaatsvonden, een grotere kans om voor vervangende zorg in aanmerking te komen, dan patiënten in units met weinig doorstroming.

Een eerdere tabel (tabel 63) liet zien dat zeer lang opgenomen patiënten (> 5 jaar) vooral in units verbleven met een geringe doorstroming (type 1), en de patiënten met een kortere verblijfsduur (l.o.p.-c. en l.o.p.-dc.) vooral waren opgenomen in units met meer doorstroming (type 2 en 3). Daarom werd apart per verblijfsduurgroep onderzocht, of lang opgenomen patiënten die in doorstroomunits (type 2 en 3) verbleven, eerder werden ingedeeld voor vervangende zorg dan patiënten in units met weinig doorstroming (type 1). In de overzichtstabel 68 is dit per verblijfsduurgroep nagegaan voor patiënten met goede en beperkte sociale vaardigheden, en jongere en oudere patiënten.

Overzichtstabel 68: Aandeel patiënten (%) dat per type afdeling in aanmerking komt voor vervangende zorg; percentages.

	<u>unit type 1</u>	<u>unit type 2 en 3</u>
	<u>> 70%</u>	<u>< 70%</u>
	<u>langblijvers</u>	<u>langblijvers</u>
<u>zeer lang opgenomen patiënten (> 5 jr.)</u>		
- met PSV < 2 (N= 46)	38%	64%
- met PSV <u>></u> 2 (N=200)	14%	30%
- < 45 jaar (N= 37)	26%	70%
- <u>></u> 45 jaar (N=211)	16%	31%
<u>lang en continu opgenomen patiënten</u>		
(2-5 jaar)		
- met PSV < 2 (N= 34)	36%	80%
- met PSV <u>></u> 2 (N= 56)	32%	40%
- < 45 jaar (N= 36)	42%	67%
- <u>></u> 45 jaar (N= 55)	30%	50%
<u>lang en discontinu opgenomen patiënten</u>		
- met PSV < 2 (N= 26)	67%	71%
- met PSV <u>></u> 2 (N= 16)	44%	29%
- < 45 jaar (N= 29)	73%	56%
- <u>></u> 45 jaar (N= 13)	40%	67%

Bij de verblijfsduurgroepen langer dan 5 jaar (z.l.o.p.) en 2 tot 5 jaar (l.o.p.-c.) kwam wederom hetzelfde beeld naar voren: de patiënten die in doorstroomunits waren opgenomen, werden zelf ook eerder door de hoofdbehandelaar en verpleegkundige genoemd voor vervangende zorg. En dat gold voor zowel jongere als oudere patiënten, en patiënten met goede en beperkte sociale vaardigheden.

Voor de patiënten die door middel van meer opnemingen in een periode van vijf jaar langer dan 3 jaar in het psychiatrisch

ziekenhuis verbleven (l.o.p.-dc.), zijn de resultaten minder duidelijk, of zelfs strijdig met die voor de andere verblijfsduurgroepen. Zo hadden de jonge patiënten van deze verblijfsduurgroep (l.o.p.-dc.) en de patiënten uit dezelfde groep met beperkte sociale vaardigheden meer kans op vervangende zorg in type 1-units, dan in units van het type 2 en 3. Bij verdere interpretatie of generalisatie zal echter rekening moeten worden gehouden met het geringe aantal discontinu opgenomen patiënten (l.o.p.-dc.) in de steekproef.

Conclusie: hypothese 17 werd gedeeltelijk door de resultaten van dit onderzoek ondersteund. Lang opgenomen patiënten die in units verblijven met enige doorstroming (type 2) kwamen eerder voor vervangende zorg in aanmerking dan patiënten die in units verblijven met een geringe doorstroming. Dit resultaat werd nog eens bevestigd voor patiënten met een verblijfsduur van 5 jaar of langer en voor die van 2 tot 5 jaar met controle op de variabelen "leeftijd" en "sociale vaardigheden". Patiënten die op afdelingen verbleven met een nog grotere doorstroming (type 3), werden daarentegen niet méér genoemd in verband met vervangende zorg dan patiënten van type 2-afdelingen.

12.12. Volledigheid thuismilieu

In de vakliteratuur worden lang opgenomen patiënten beschreven als sociaal geïsoleerde en betrekkelijk eenzame mensen. In het onderhavige onderzoek werd dit aangetoond voor zowel contacten en activiteiten op de afdeling en binnen de instelling (ISI) als ook voor contacten met personen die buiten de instelling wonen (ESI). Bij de items van het concept externe sociale integratie (ESI) werden vooral de vragen die niet direct betrekking hadden op het sociale netwerk buiten de instelling (kennissen, vrienden, familie, werk), nog betrekkelijk vaak in positieve zin beantwoord (tabel 22). Het gaat daarbij om activiteiten als wandelen buiten het instellingsterrein, televisie kijken, meedoen aan uitstapjes die door de instelling worden georganiseerd, boodschappen doen,

op vakantie gaan, kranten en tijdschriften lezen, en praten met personeel over gebeurtenissen (via krant, radio en televisie) die buiten de instelling hebben plaatsgevonden.

De items die betrekking hadden op contacten van patiënten met leden van het sociale netwerk buiten de instelling, werden aanzienlijk minder vaak positief beantwoord. Zo nam 26% van de patiënten meer dan twee keer in de maand telefonisch contact op met kennissen, vrienden of familie, 28% één of twee keer in de maand, en 46% nooit. Nog minder werd men zelf door kennissen, vrienden of familie opgebeld. Zo telefoneerden bij 17% van de patiënten kennissen, vrienden of familieleden meer dan twee keer in de maand, en 41% één of twee keer. Bijna tweederde van de patiënten schreef nooit brieven of kaarten, en 43% ontving nooit post.

Driekwart van de patiënten (74%) bleef nooit of zeer zelden het gehele weekend bij familie, vrienden of kennissen, en tweederde (68%) ging nooit midden in de week op bezoek bij personen die buiten de instelling woonden.

De lang opgenomen patiënten ontvingen ook zelf weinig bezoek. Van de patiënten kreeg 20% meer dan twee keer in de maand bezoek van personen die buiten de instelling woonden, 41% werd één of twee keer in de maand bezocht, terwijl 39% van de patiënten nooit of zelden bezoek ontving.

Bovenstaande bevindingen wijzen erop dat tussen de patiënt en het primaire thuismilieu, zoals ouders, broers en zusters, echtgenoot of echtgenote en kinderen, weinig contact bestaat. De vraag echter, of de contactfrequentie gedurende de periode van opname minder is geworden, kan niet op basis van dit onderzoek worden beantwoord, daar de gegevens alleen betrekking hebben op een momentopname. Het is een schets van de situatie na jarenlange opname. Hoe de banden en contacten met het primaire thuismilieu tijdens en kort na de opname waren, welke processen van acceptatie en uitstoting hebben gespeeld, is dus niet aan de hand van dit transversale onderzoek na te gaan. Hiervoor zijn longitudinale gegevens noodzakelijk, met andere woorden: procesbeschrijvingen van opnamecohorten.

In dit onderzoek is wel nagegaan, in hoeverre lang opgenomen patiënten, gezien hun veelal gevorderde leeftijd, nog over een primair thuismilieu beschikten. Hoeveel van de lang opgenomen patiënten hadden op het tijdstip van onderzoek nog levende ouders, broers en zusters, een huwelijkspartner of kinderen?

Het onderzoek gaf het volgende beeld te zien. Van de lang opgenomen patiënten had 66% geen levende ouders meer, bij 18% was nog één van de ouders in leven, terwijl 16% nog over beide ouders beschikte. De meeste patiënten (88%) waren niet gehuwd, 12% had dus wel een echtgenoot/echtgenote.

De gegevens over het aantal levende broers en zusters waren helaas onvolledig. Zo was voor 54 van de 381 patiënten onbekend of zij broers of zusters hadden. Van de overige patiënten bleek 70% nog twee of meer levende broers en/of zusters te hebben, 19% had één broer of zuster en 11% had geen broers of zusters. Wat betreft het aantal kinderen, was bij 10 patiënten geen informatie beschikbaar. Van de overige 371 patiënten had 73% geen kinderen, terwijl 8% één kind had en 19% van de patiënten twee of meer kinderen.

In tabel 69 is vervolgens de samenstelling van het primaire thuismilieu geschetst. Voor 313 patiënten van de steekproef was de informatie volledig.

Tabel 69: Lang opgenomen patiënten in psychiatrische ziekenhuizen naar volledigheid thuismilie en indeling voor vervangende zorg; percentages.

	ou- ders	broers/ zusters	part- ner	kinde- ren	totaal (N=313)	vervangende zorg-groep (N=102)	overige patiënten (N=211)
(a)	+	+	+	+	1,3%	1,0%	1,4%
(b)	+	+	+	-	0,6	1,0	0,5
(c)	+	+	-	+	3,5	7,8	1,4
(d)	+	+	-	-	31,9	43,1	26,5
(e)	+	-	+	+	0,3	--	0,5
(f)	+	-	+	-	--	--	--
(g)	+	-	-	+	--	--	--
(h)	+	-	-	-	1,0	--	1,4
(i)	-	+	+	+	3,5	1,0	4,7
(j)	-	+	+	-	0,6	--	0,9
(k)	-	+	-	+	10,9	14,7	9,0
(l)	-	+	-	-	37,4	26,5	42,7
(m)	-	-	+	+	1,6	--	2,4
(n)	-	-	+	-	1,0	1,0	0,9
(o)	-	-	-	+	1,9	1,0	2,4
(p)	-	-	-	-	4,5	2,9	5,2
					100,0%	100,0%	100,0%

+ = tenminste één familielid nog in leven

- = geen familielid in leven

Vooraf drie thuismilieusituaties kwamen bij de patiënten veel voor:

- (l) patiënten die geen levende ouders meer hebben, maar wel tenminste één broer of zuster; er is geen huwelijkspartner en er zijn geen kinderen (37%);
- (d) patiënten die nog tenminste één levende ouder en broer/zuster hebben, maar niet gehuwd zijn en ook geen kinderen hebben (32%); en
- (k) patiënten die geen levende ouders hebben, maar wel levende broers/zusters; ze zijn niet (meer) gehuwd en hebben wel tenminste één kind (11%).

De meest extreme situatie, waarbij geheel geen primair thuismilieu beschikbaar is, dus geen ouders, geen broers of zusters, geen huwelijkspartner en geen kinderen (p), kwam bij slechts 4% van de patiënten voor.

Naar aanleiding van tabel 69 kan worden opgemerkt dat vooral de patiënten die levende ouders en broers/zusters hadden (d) volgens hun hulpverleners in aanmerking kwamen voor vervangende zorg (kolom 2). De patiënten daarentegen waarbij van het primaire milieu alleen nog broers en/of zusters waren overgebleven (1) werden van de drie grote groepen het minst genoemd voor vervangende zorg.

H18: Naarmate het thuismilieu van lang opgenomen patiënten vollediger is, komen zij eerder in aanmerking voor vervangende zorg.

Ten behoeve van de operationalisering van het begrip "volledigheid thuismilieu" was het noodzakelijk om een continue variabele te construeren voor het aantal levende familieleden.

De enkelvoudige vragen naar het aantal levende ouders, broers en zusters, en kinderen waren in het onderzoek door de hoofdbehandelaar beantwoord als 0-geen, 1-één en 2-meer dan één (VOL I). De vraag naar het gehuwd zijn of "duurzaam samenwonen (> 6 maanden)" kende daarentegen slechts twee antwoordcategorieën: 0-nee en 1-ja. Naar aanleiding van bovenstaande hypothese werd een somscore berekend per patiënt voor de vier items tezamen. Deze varieerde van 0 tot 8 (en niet van 0 tot 7). Bij aanwezigheid van een huwelijkspartner werd namelijk een score van 2 in plaats van 1 toegekend.

Met de introductie van de somscore werd zo een poging ondernomen om het aantal structuurelementen in het primaire thuismilieu te kwantificeren. Deze maat geeft echter geen indruk van het aantal werkelijke contacten en de betekenis van familieleden voor de betrokken patiënt. Jonge ouders die in de buurt van het psychiatrisch ziekenhuis zelfstandig gehuisvest zijn, met voldoende draagkracht bij emotionele belastingen en een aanvaardende hou-

ding ten opzichte van de patiënt, hebben dezelfde score (=2) als de vader en moeder die vanwege hun leeftijd in een verzorgings-tehuis verblijven op een zeer grote reisafstand.

Een somscore impliceert ook zeer verschillende thuismilieusituaties. Als voorbeeld: een somscore van 4 kan de volgende combinaties van levende familieleden betekenen:

- partner, beide ouders
- partner, twee of meer broers/zusters
- partner, twee of meer kinderen
- beide ouders, twee of meer broers/zusters
- beide ouders, twee of meer kinderen
- twee of meer broers/zusters, twee of meer kinderen
- partner, vader of moeder, broer of zuster
- partner, vader of moeder, één kind
- partner, broer of zuster, één kind
- beide ouders, broer of zuster, één kind
- twee of meer broers/zusters, vader of moeder, één kind
- twee of meer kinderen, vader of moeder, broer of zuster.

Na deze operationalisering van het begrip "volledigheid thuismilieu" was het mogelijk om hypothese 18 te toetsen. Bestond bij lang opgenomen patiënten een samenhang tussen de volledigheid van het primaire thuismilieu en de indicatiestelling voor vervangende zorg?

Tabel 70: Lang opgenomen patiënten in psychiatrische ziekenhuizen naar volledigheid thuismilieu en mogelijkheden van vervangende zorg; absoluut en percentages.

	0-2	3-5	6-8	totaal
vervangende				
zorg-groep	40 (25%)	58 (41%)	4 (57%)	102 (33%)
overige				
patiënten	123	85	3	211
totaal	163 (100%)	143 (100%)	7 (100%)	313 (100%)

tau = -.183; s.e. = .055; $p < .001$

In eerste instantie wordt de hypothese ondersteund (tabel 70). De patiënten met een onvolledig thuismilieu (vooral patiënten met alleen broers en/of zusters) werden minder ingedeeld voor vervangende zorg dan patiënten die daarnaast ook nog andere levende familieleden hadden.

Een mogelijke verklaring voor dit resultaat is dat het een artefact betreft van de variabele "leeftijd". In hoofdstuk 12.5. kon worden opgemerkt dat jongere patiënten eerder in aanmerking kwamen voor vervangende zorg dan oudere patiënten. Tevens mag worden aangenomen dat jongere patiënten over meer levende familieleden beschikken. Het is dus mogelijk dat bij controle op de invloed van de variabele "leeftijd" het verband tussen "volledigheid thuismilieu" en de indicatiestelling voor vervangende zorg verdwijnt.

Tabel 71: Lang opgenomen patiënten jonger dan 45 jaar naar volledigheid thuismilieu en mogelijkheden van vervangende zorg; absoluut en percentages.

	0-2	3-8	totaal
vervangende zorg-groep	12 (60%)	37 (51%)	49 (53%)
overige patiënten	8	35	43
totaal	20 (100%)	72 (100%)	92 (100%)

tau = .071; s.e. = .103; p=n.s.

Tabel 72: Lang opgenomen patiënten van 45 jaar en ouder naar volledigheid thuismilieu en mogelijkheden van vervangende zorg; absoluut en percentages.

	0-2	3-8	totaal
vervangende zorg-groep	28 (20%)	25 (32%)	53 (24%)
overige patiënten	115	53	168
totaal	143 (100%)	78 (100%)	221 (100%)

tau = -.156; s.e. = .077; p<.05

Bij de patiënten jonger dan 45 jaar bleek dit het geval te zijn (tabel 71). De verschillen waren klein, en eerder in het voordeel voor patiënten met weinig levende familieleden. De patiënten van 45 jaar en ouder daarentegen (tabel 72) met een relatief onvolledig thuismilieu kwamen nog steeds minder in aanmerking voor vervangende zorg. Bij een verdere onderverdeling van 45 tot 65 jarigen en 65 jaar of ouder was echter ook hier nauwelijks meer een verschil te constateren.

Conclusie: patiënten met betrekkelijk veel levende familieleden kwamen eerder in aanmerking voor vervangende zorg dan patiënten met minder familieleden. Deze relatie kan echter grotendeels verklaard worden door verschillen in leeftijd.

In het voorgaande is gekeken naar de aanwezigheid van een primair thuismilieu. En daarbij bleek dat vooral de vele oudere lang opgenomen patiënten van de steekproef nog maar weinig levende familieleden hadden. Zo had 65% van de patiënten die 45 jaar of ouder waren, een somscore van 0 t/m 2 op volledigheid van het thuismilieu (tabel 72), wat voor het merendeel van de patiënten betekende dat men alleen nog over levende broers en/of zusters beschikte. De structurele component, het aantal familieleden, bleek na controle op de invloed van leeftijd weinig bij te dragen tot de verklaring, waarom patiënten wel of niet door hun hulpverleners geïndiceerd werden voor vervangende zorg.

Dan resteert nog de vraag naar de houdingscomponent. Bestaat er een relatie tussen de houding van familieleden ten aanzien van eventueel ontslag naar de thuissituatie en de vervangende zorg-indicatie van hulpverleners?

H19: Naarmate het thuismilieu van lang opgenomen patiënten een negatiever houding inneemt ten aanzien van eventueel ontslag naar de thuissituatie, komen de patiënten minder voor vervangende zorg in aanmerking.

In het onderzoek beschikken wij ten aanzien van de houding van familieleden alleen over een taxatie van de hoofdbehandelaar. De familieleden werden dus niet apart in verband met deze vraag benaderd. Zo moest in het kader van het totaal van vraagstellingen van dit onderzoek een afweging worden gemaakt tussen enerzijds kwaliteit van informatie voor deze deelvraag en anderzijds de daarmee gepaard gaande extra tijdsbesteding en kosten. Omdat in het onderzoek reeds gebruik werd gemaakt van drie bronnen voor informatie, namelijk de hoofdbehandelaar, een verpleegkundige en de patiënt zelf, was uitbreiding van het soort respondenten met tenminste vier andere, te weten ouder(s), broer(s) of zuster(s), huwelijkspartner en kind(eren) praktisch niet haalbaar. Het zou het onderzoek te arbeidsintensief en kostbaar gemaakt hebben.

De hoofdbehandelaar kreeg in het kader van de VOL I vier vragen voorgelegd, namelijk over de houding van ouders, van broers/zusters, van echtgenoot/echtgenote en van kinderen ten aanzien van eventuele inwoning of wonen in de naaste omgeving. Voor de vragen bestonden de volgende geprecodeerde antwoordmogelijkheden: aanvaardend, ambivalent, afwerend en onbekend.

Het aantal patiënten waarvoor de houding van familieleden niet door de hoofdbehandelaar kon worden beantwoord (= onbekend), varieerde van 16% voor de echtgenoot of echtgenote tot 22% voor de broers/zusters. Indien de betrokken patiënt meer broers of zusters had, of meer kinderen, dan werd geadviseerd om de houdingsvraag te beantwoorden voor die familieleden, waarmee de patiënt het meeste contact heeft.

In de tabellen 73 t/m 76 zijn vervolgens de resultaten weergegeven voor de eventuele relatie tussen de houding van familieleden ten aanzien van eventuele inwoning of wonen van de patiënt in de naaste omgeving en de indicatiestelling voor vervangende zorg.

Tabel 73: Lang opgenomen patiënten in psychiatrische ziekenhuizen naar houding ouders tegenover eventueel ontslag en mogelijkheden van vervangende zorg; absoluut en percentages.

	aanvaardend	ambivalent	afwerend	totaal
vervangende				
zorg-groep	6 (55%)	15 (50%)	29 (45%)	50 (47%)
overige				
patiënten	5	15	36	56
totaal	11 (100%)	30 (100%)	65 (100%)	106 (100%)

tau = .007; s.e. = .094; p=n.s.

Tabel 74: Lang opgenomen patiënten in psychiatrische ziekenhuizen naar houding broer of zuster tegenover eventueel ontslag en mogelijkheden van vervangende zorg; absoluut en percentages.

	aanvaardend	ambivalent	afwerend	totaal
vervangende				
zorg-groep	9 (35%)	10 (31%)	60 (36%)	79 (35%)
overige				
patiënten	17	22	107	146
totaal	26 (100%)	32 (100%)	167 (100%)	225 (100%)

tau = .020; s.e. = .064; p=n.s.

Tabel 75: Lang opgenomen patiënten in psychiatrische ziekenhuizen naar houding echtgenoot/echtgenote tegenover eventueel ontslag en mogelijkheden van vervangende zorg; absoluut en percentages.

	aanvaardend	ambivalent	afwerend	totaal
vervangende				
zorg-groep	1 (25%)	1 (25%)	4 (13%)	6 (13%)
overige				
patiënten	3	3	26	32
totaal	4 (100%)	4 (100%)	30 (100%)	38 (100%)

Tabel 76: Lang opgenomen patiënten in psychiatrische ziekenhuizen naar houding kinderen tegenover eventueel ontslag en mogelijkheden van vervangende zorg; absoluut en percentages.

	aanvaardend	ambivalent	afwerend	totaal
vervangende				
zorg-groep	4 (44%)	11 (39%)	10 (23%)	25 (31%)
overige				
patiënten	5	17	34	56
totaal	9 (100%)	28 (100%)	44 (100%)	81 (100%)

De resultaten voor de ouders, broers/zusters, partner of kinderen ondersteunden de gestelde hypothese niet. Bij de indicatiestelling voor vervangende zorg door de hulpverleners bleek het weinig uit te maken, hoe de opstelling van het primaire thuismilieu was ten aanzien van eventuele inwoning of wonen in de directe omgeving van familieleden.

12.13. De invloed van enkele variabelen tezamen op het oordeel over vervangende zorg; een multivariaat model.

In het voorgaande werden een aantal hypothesen getoetst waarbij een verband werd verondersteld tussen één variabele (bv. PSV) en het oordeel van hulpverleners over de mogelijkheid van vervangende zorg. Voor enkele hypothesen (1 t/m 8) werd tevens nagegaan of de resultaten verklaard kunnen worden door een derde variabele, bijvoorbeeld leeftijd.

Met behulp van multiple logistische regressie is het mogelijk om de invloed te meten van meerdere variabelen tezamen op het oordeel over vervangende zorg. Ook kan in een model binnen het totaal van de gespecificeerde variabelen worden bepaald welke variabelen het meeste bijdragen tot een positief oordeel. Daarbij is wel van belang dat het model de verzamelde gegevens goed beschrijft, en dat het zo eenvoudig mogelijk is.

De logistische regressie is stapsgewijs uitgevoerd (BMDP-LR) voor 247 patiënten waarvan ook de gegevens van de VOL III beschikbaar waren.

Niet alle variabelen zoals genoemd in de hypothesen en samengevat in schema 7 en 8 (hfdst. 6) waren in deze analyse opgenomen. Zo werd naar aanleiding van de resultaten van de cross-classificatie alleen gebruik gemaakt van de PSV-index als indicator voor de vaardigheden. De redenen hiervoor waren de hoge lineaire samenhang met de andere drie vaardigheidsvariabelen (BZR, ISI en ESI), als ook de relevantie als enkelvoudige variabele bij de toedeling van patiënten die wel of niet voor vervangende zorg in aanmerking kwamen.

Bij andere variabelen zoals organische psychische stoornis, suïcidaal gedrag, onvrijwillige opname en houding van het thuis-milieu werd bij bivariate toetsing geen statistisch significant verband geconstateerd met de afhankelijke variabele "vervangende zorg", en was tevens het aantal waarnemingen betrekkelijk gering. Ook deze variabelen zijn buiten het beginmodel gelaten.

Tabel 77: Specificatie van de onafhankelijke variabelen in het beginmodel van de logistische regressie.

variabele		min.	max.	x	s.d.
- leeftijd	(LFT)	21 j.	85 j.	53,4	15,5
- sociale vaardigheden	(PSV)	0	8	3,2	2,6
- volledigheid thuismilieu	(THM)	0	7	2,7	1,3
- agressiviteit	(AGR)	0	8	1,8	2,0
- verblijfsduur	(VBD)	1 j.	53 j.	39,7	12,6
- doorstroming afdeling	(DOA)	1	3	--	--
- houding t.a.v. afdeling	(HA)	1	4	2,8	0,6
- houding t.a.v. ontslag	(HO)	1	4	2,6	0,8
- schizofrenie	(SZF)	nee = 1 ja = 2			

Hiermee bleef een negental onafhankelijke variabelen over voor de logistische regressie (tabel 77). Eén van deze variabelen, de diagnose "schizofrenie" of "anderszins", was categoriaal van aard. De variabelen waren onderling niet sterk gerelateerd (bijlage 6) met uitzondering van het verband tussen leeftijd en verblijfsduur ($r = .53$).

Na specificatie van de variabelen kon het beginmodel voor de logistische regressie als volgt worden geformuleerd:

$$y = \log\left(\frac{P}{1-P}\right) = a + b.LFT + c.PSV + d.THM + e.AGR + f.VBD + g.DOA + h.HA + i.HO + j.SZF$$

In het geheel waren vier stappen nodig om een model te vinden dat een redelijke tot goede beschrijving gaf van de verzamelde gegevens en dat betrekkelijk eenvoudig te interpreteren was door een beperkt aantal variabelen en afwezigheid van interactie-termen (tabel 78).

Tabel 78: Resultaten voor "fitting" van verschillende versies van het lineaire logistische model op de gegevens.

Stap	Model	DF	Goodness-of-fit Chi-square (G)	P
1:	PSV	244	279,7	.058
2:	LFT PSV	243	269,1	.120
3:	LFT PSV HA	242	261,6	.185
4:	LFT PSV SZF HA	241	257,8	.219

Het resultaat van de logistische regressie werd niet beïnvloed door het feit, of van de ruwe data werd uitgegaan, of van gestratificeerde of van categoriale gegevens. Steeds werden in de vierde stap dezelfde vier variabelen gevonden.

Vooraf van de sociale vaardigheden, de leeftijd, de houding van de patiënt ten aanzien van de afdeling en de diagnose schizofrenie bleek het af te hangen, welke patiënten wel en welke niet volgens hun hulpverleners in aanmerking kwamen voor vervangende zorg.

Zoals eerder in hoofdstuk 12.5. werd geconstateerd blijkt ook hier weer dat de leeftijd van patiënten, na correctie op de invloed van vaardigheden van patiënten, een aparte rol speelt bij het oordeel over vervangende zorg. De "improvement"-chikwadraat (G1-G2) was met een waarde van 10.6. statistisch significant. Bij correctie voor de invloed van zowel leeftijd als sociale vaardigheden, draagt ook de houding van de patiënt zelf tegenover de afdeling en instelling apart bij aan het oordeel van hulpverleners (G3-G2). Het geconstateerde verband is negatief. Hoe positiever de patiënten zelf oordelen over hun afdeling en instelling, des te minder worden zij door hun hulpverleners aangemerkt voor vervangende zorg.

Tenslotte blijkt ook de diagnose schizofrenie, na correctie op sociale vaardigheden, leeftijd en houding van de patiënt tegenover de afdeling en instelling, bij te dragen tot een minder positief oordeel over vervangende zorg.

In tabel 79 zijn de coëfficiënten weergegeven voor de gestratificeerde variabelen. Daarbij is gebruik gemaakt van de volgende onderverdeling:

LFT: 75+=1, 74-65=2, 64-55=3, 54-45=4, 44-35=5, 34-25=6, <25=7;

PSV: 0 t/m 8

SZF: niet = 1; wel = 2

HA : negatief = 1; 2, 3; positief = 4

Tabel 79: Resultaten van stap 4 van de logistische regressie.

variabele		coëfficiënt	standaard- fout (s.e.)	coëff./s.e.
Leeftijd	(LFT)	.326	.108	3.01
PSV		- .290	.073	-4.00
Schizofrenie	(SZF)	- .299	.153	-1.95
Houding Afdeling	(HA)	- .609	.235	-2.59
Constante (a)		1.15	.971	1.18

$$y = \log\left(\frac{P}{1-P}\right) = 1.15 + .326LFT - .290PSV - .299SZF - .609HA$$

Driekwart (78%) van de patiënten die door de hulpverleners voor vervangende zorg werden geïndiceerd, en tweederde (63%) van de patiënten die daarvoor niet in aanmerking kwamen, konden op de juiste manier worden ingedeeld met bovengenoemde vergelijking, bij een afkappunt(y) van .692.

DEEL V - CONCLUSIES, SAMENVATTING EN BESCHOUWINGEN

In dit proefschrift was de vraag aan de orde, waarom bepaalde patiënten wel en andere weer niet voor vervangende zorg in aanmerking kwamen. De interesse ging vooral uit naar de onderliggende redenen en factoren voor dit verschijnsel, met als algemene vraag: welke aanwijsbare factoren belemmeren c.q. bevorderen het ontslag naar vervangende zorg van lang opgenomen patiënten uit psychiatrische ziekenhuizen?

Hoewel binnen de afhankelijke variabele, namelijk het oordeel over vervangende zorg, door de hulpverleners een breed spectrum van voorzieningen werd onderscheiden, werd bij de analyse alleen een onderscheid aangebracht tussen patiënten die wel (N=116) en patiënten die niet (N=265) in aanmerking kwamen voor vervangende zorg.

In dit verband werd voor een aantal (onafhankelijke) variabelen nagegaan, of zij op het tijdstip van onderzoek samenhangen met het oordeel van de hoofdbehandelaar en de verpleegkundige over de mogelijkheid van vervangende zorg. Bij enkele variabelen konden de resultaten van deze directe methode van toetsing (a) worden vergeleken met de uitkomsten van een meer indirecte toetsingsmanier. Hiertoe werden de lang opgenomen patiënten van psychiatrische ziekenhuizen op een aantal variabelen vergeleken met personen die na een langdurige psychiatrische opname inmiddels in beschermende woonvormen (toetsing b) of in psychiatrische dagbehandeling (toetsing c) verbleven.

Naar aanleiding van gegevens uit het vooronderzoek in het P.M.S. Vijverdal te Maastricht was aan de hand van een 19-tal hypothesen van tevoren aangegeven, in welke richting een verband werd verondersteld tussen een aantal onafhankelijke variabelen en het oordeel van hulpverleners over vervangende zorg.

De belangrijkste resultaten zullen hierna aan de hand van de volgende vragen worden besproken: Welke conclusies kunnen aan de verkregen resultaten worden verbonden? In welke relatie staan de resultaten van de verschillende hypothesen tot elkaar? In hoeverre zijn de resultaten in overeenstemming of in tegenspraak met de ervaringen uit ander onderzoek?

13.1. Vaardigheden

Aan de vaardigheden van lang opgenomen patiënten werd in ons onderzoek betrekkelijk veel aandacht besteed. Zo werden vier soorten vaardigheden onderscheiden, namelijk basale zelfredzaamheid, potentieel sociale vaardigheden, interne en externe sociale integratie. Deze concepten bleken onderling samen te hangen. Als eerste voorwaarde voor menselijke integriteit en onafhankelijkheid was van belang dat betrokken patiënten over elementaire lichamelijke en psychische vaardigheden beschikten zoals kleden, eten, lopen, slapen en zitten (zonder hulpmiddelen), continentie, oriëntatievermogen en taalcompetentie (begrijpen en spreken van de Nederlandse taal). Dergelijke elementaire vaardigheden, waarover de meeste 6-jarige kinderen beschikken, werden in dit onderzoek samengevat onder het begrip "basale zelfredzaamheid" (BZR). De patiënten die op dit basale niveau ernstige tekortkomingen vertoonden, kwamen nauwelijks meer in aanmerking voor vervangende zorg. Het betrof veelal verpleegbehoeftige patiënten, waarvan aangenomen mag worden dat zij veel beslag leggen op de tijd van medisch geschoold personeel, zoals arts, verpleegkundige, fysiotherapeut e.d. Voor deze gehandicapte groep van patiënten zagen hulpverleners naast het psychiatrisch ziekenhuis en eventueel het verpleeghuis nauwelijks meer mogelijkheden voor alternatieve opvang.

Bij 15% van de patiënten werden dergelijke ernstige beperkingen in de basale lichamelijke en psychische functies aangetroffen. Voor de overgrote meerderheid (93%) daarvan werd geen perspectief gezien voor plaatsing in vervangende zorg. Tot de groep patiënten met een geringe basale zelfredzaamheid behoorden vooral bejaarde patiënten, patiënten met de diagnose schizofrenie en organisch psychiatrische stoornis en zieke en lichamelijk gehandicapte patiënten. De meeste patiënten van deze groep waren reeds zeer lang opgenomen.

De patiënten die in deze elementaire vaardigheden ernstige gebreken vertoonden, hadden tevens grote tekorten in sociale vaardigheden en de mate van interne en externe sociale integratie.

De lichamelijke en psychische handicaps bleken in sterke mate gepaard te gaan met teruggetrokkenheid en isolement op de afdeling (ISI). Meer dan de helft van de patiënten hielp nooit mee op de afdeling of elders in de instelling, was nooit buiten de therapie actief in de vorm van werken, lezen, spelletjes doen, hobbies of met anderen praten, en meer dan tweederde ging nooit met andere bewoners om en hielp nooit andere patiënten ongevraagd bij wandelen, eten, spel e.d..

Wat echter vooral opviel, was de zeer geringe actieve deelname aan het maatschappelijke leven buiten de instelling. Meer dan viervijfde van deze patiënten telefoneerde nooit, schreef geen brieven of kaarten, ging nooit midden in de week of in het weekend op bezoek bij kennissen, vrienden of familie, bezocht nooit een bioscoop, theater, concert of kerk buiten het instellingsterrein, ging nooit boodschappen doen buiten het terrein en ondernam nooit andere activiteiten zonder personele begeleiding zoals wandelen, fietsen, zwemmen e.d..

Voor deze gehandicapte groep van patiënten lijkt dus de afdeling en het psychiatrisch ziekenhuis hun "wereld" geworden te zijn, - een plaats waar men met alle beperkingen geaccepteerd en verzorgd wordt.

Een redelijke of goede basale zelfredzaamheid bleek een noodzakelijke, echter geen voldoende voorwaarde te zijn om voor vervangende zorg in aanmerking te komen. Dat mocht ook niet verwacht worden. Zo stelt een meer zelfstandig leven buiten de instelling, maar ook het begeleid samenwonen in kleinschalige voorzieningen op het terrein van het psychiatrisch ziekenhuis, hogere eisen aan het vaardigheids- en activiteitenniveau van patiënten dan de genoemde basale aspecten van zelfredzaamheid. Het zichzelf kunnen wassen, kleden, eten e.d. is in deze woon- en leefsituaties niet meer voldoende. Andere vaardigheden, veelal met een hogere moeilijkheidsgraad, zijn daarvoor minstens even belangrijk. Om een meer onafhankelijk leven te leiden zal men bijvoorbeeld in staat moeten zijn om overdag zinvol met anderen te communiceren, men zal met geld moeten kunnen omgaan, kunnen telefoneren, van het

openbaar vervoer gebruik kunnen maken, boodschappen doen en een eenvoudige maaltijd kunnen bereiden.

Ongeveer de helft van de lang opgenomen patiënten had ten aanzien van deze potentieel sociale vaardigheden (PSV) aanzienlijke beperkingen. Het bleek dat vooral deze sociale vaardigheden relevant waren voor de oordeelsvorming van de hulpverleners over mogelijkheden van vervangende zorg. Een duidelijk verschil met de BZR-score was dat een goede PSV-score tevens veelal overeenkwam met een positief oordeel over vervangende zorg. Zo werd 57% van de lang opgenomen patiënten met goede sociale vaardigheden (PSV) geschikt geacht voor ontslag of overplaatsing naar een andere voorziening.

In het onderzoek waren de sociale vaardigheids-vragen zo geformuleerd en toegelicht dat zij de competentie, de mogelijkheden van de betrokken patiënt, meten. Indien in het onderzoek van het vertoonde gedrag was uitgegaan, dan was niet alleen een schatting verkregen van de competentie, maar tevens zou de invloed zijn gemeten van omgevingsfactoren, zoals de openheid van de instelling, de geografische ligging van het ziekenhuis ten opzicht van woonkernen, winkels e.d., maar ook de bereikbaarheid door openbaar vervoer, het aanwezig zijn van een telefoontoestel op de afdeling, en de omvang en aard van de rehabilitatieprogramma's voor lang opgenomen patiënten. Daarnaast is het mogelijk dat patiënten wel over de genoemde sociale vaardigheden beschikken, maar ten gevolge van een rechterlijke machtiging, suïcidepoging, agressief gedrag of ernstig drankmisbruik de vaardigheden niet in de praktijk mogen toepassen.

Bij de interne en externe sociale integratie ging het om het vertoonde gedrag, namelijk de mate van coöperatief gedrag en sociale aanpassing binnen de instelling enerzijds en de contactfrequentie en -intensiteit met het maatschappelijke leven buiten de instelling anderzijds.

Deze twee vormen van sociale integratie konden nauwelijks onafhankelijk van elkaar worden waargenomen. De onderlinge correlatie van de twee concepten was hoog ($r=.66$). Patiënten die weinig deelnamen aan het sociale gebeuren binnen de instelling, hadden

in de regel ook weinig contact met de wereld buiten het terrein van het psychiatrisch ziekenhuis. Deze relatie werd ook in positieve zin gevonden: patiënten met een grote mate van interne sociale integratie hadden ook betrekkelijk veel interesse voor en contacten met het maatschappelijke gebeuren buiten het ziekenhuis.

Beide groepen patiënten, namelijk personen met goede ISI-scores en personen met goede ESI-scores, waren dan ook betrekkelijk homogeen van samenstelling, wat betreft een aantal kenmerken. Voor het merendeel waren zij jonger dan 55 jaar, niet gehuwd, vertoonden nauwelijks agressief gedrag, hadden minder vaak de diagnose schizofrenie of organisch psychiatrische stoornis en vaker de diagnose neurose, depressie of persoonlijkheidsstoornis, en waren minder lang opgenomen dan patiënten met een geringe ISI of ESI.

De conclusie van Schudel (1976) dat schizofrene patiënten minder contact hebben met de buitenwereld, werd in dit onderzoek nogmaals bevestigd. Tevens hadden schizofrene patiënten aanzienlijk minder contact met medepatiënten en het personeel van de afdeling.

Maar er waren ook verschillen tussen patiënten met een goede ISI en patiënten met een goede ESI. Zo bestond de groep patiënten met een goede externe sociale integratie vaker uit mannen, terwijl in de groep patiënten met een goede ISI meer vrouwen voorkwamen. Segal en Everett-Dille (1980) kwamen in hun onderzoek naar de sociale integratie van patiënten tot soortgelijke bevindingen, maar dan voor mannen en vrouwen van beschermende woonvormen. De groep patiënten met een goede ESI was tevens, in vergelijking met patiënten met een goede ISI, gemiddeld jonger, had (daarom) meer levende ouders en broers en zusters, was minder lang opgenomen, en beschikte over een betere zelfredzaamheid en over potentiële sociale vaardigheden.

Tussen de onderscheiden vaardigheden bestond een zekere hiërarchie. Patiënten met goede ISI- of ESI-vaardigheden hadden tevens goede BZR- of redelijke tot goede potentiële sociale vaardigheden. Tevens bleek iedere vaardigheidsvariabele apart bij te

dragen tot een positief oordeel over vervangende zorg. Zo hadden patiënten die alleen zelfredzaam waren, minder kans op een positieve indicatiestelling dan patiënten die zelfredzaam en tevens sociaal vaardig waren. De patiënten tenslotte met een optimaal vaardigheidspatroon (BZR^+ & PSV^+ & ISI^+ & ESI^+) hadden met 64% ook de beste kansen om door de hulpverleners voor vervangende zorg te worden ingedeeld. Eén op de zeven patiënten van de steekproef vertoonde zo'n optimaal patroon.

Het gebrekkigenmodel (Giel, 1982; Siegler & Osmond, 1976) blijkt dus niet voor alle lang opgenomen patiënten van toepassing te zijn. In de algemene psychiatrische ziekenhuizen had 15% van de lang opgenomen patiënten nauwelijks beperkingen op de door ons bestudeerde vaardigheden om zelfstandig buiten de instelling te leven, en had op de afdeling en daarbuiten aangetoond met andere mensen om te kunnen gaan zonder dat daarbij veel professionele begeleiding noodzakelijk was.

Bij een goede deelname van patiënten aan activiteiten binnen (ISI) en buiten de instelling (ESI) werd dit ongeacht het functioneren op de overige vaardigheden (BZR, PSV) positief beoordeeld in verband met mogelijkheden voor vervangende zorg. Zowel patiënten met beperkte sociale vaardigheden als patiënten met een beperkte zelfredzaamheid (BZR) kwamen nog voor meer dan één derde daarvoor in aanmerking indien zij goed participeerden op de afdeling (ISI) of veelvuldig contact hadden met de wereld buiten de instelling (ESI). Niet alleen de aard van de vaardigheden, zoals BZR of PSV, en de mate waarin men deze vaardigheden heeft, is dus bepalend voor het oordeel over vervangende zorg, maar ook de manier, waarop de patiënt heeft geleerd met gebrekkige vaardigheden te leven en gemotiveerd is (of wordt) om van deze beperkte vaardigheden gebruik te maken in het contact met anderen binnen of buiten de instelling.

13.2. Structuur en houding van het thuismilieu

Vanuit het oorspronkelijke thuismilieu bleken na een langdurige opname weinig stimuli uit te gaan voor het aanbieden van vervangende zorg. Enkele patiënten (4%) hadden geheel geen familieleden meer, en velen beschikten over een beperkt thuismilieu.

Bij de lang opgenomen patiënten kwamen een drietal thuismilieusituaties veel voor;

- 37% van de patiënten had geen levende ouders meer, maar wel tenminste één broer of zuster; betrokkenen hadden geen huwelijkspartner en ook geen kinderen,
- 32% van de patiënten had nog tenminste één levende ouder en broer of zuster, maar was niet gehuwd en had ook geen kinderen, terwijl
- 11% van de patiënten geen levende ouders had, maar wel levende broers of zusters; ze waren niet (meer) gehuwd, maar hadden wel tenminste één kind.

Voor een deel is de beperkte aanwezigheid van levende familieleden te verklaren door een ongunstige (ongehuwd blijven) en kwetsbare positie (scheiding) op de huwelijksmarkt van patiënten met langdurige psychiatrische problemen, zoals bleek bij nieuwe langblijvers (Giel, 1978; Haveman, 1980c) en frequent opgenomen patiënten (Haveman, 1980a&b; Brook, 1984).

Minstens even belangrijk is echter de gevorderde leeftijd van de patiënten. Meer dan twee derde van de lang opgenomen patiënten was 50 jaar of ouder en ongehuwd. Veelal waren de ouders van deze patiënten overleden, en bestond het primaire milieu alleen uit broers en/of zusters van ongeveer dezelfde leeftijd. De mogelijkheid tot inwoning bij en begeleiding door familieleden is dus voor deze patiënten zeer beperkt aanwezig. Deze grote groep van patiënten kan veelal niet meer terugvallen op een intact thuismilieu, en is bij eventueel ontslag afhankelijk van vervangende huisvesting en zorg, - in welke vorm dan ook.

Na correctie op de invloed van leeftijd bleek het overigens weinig uit te maken voor het oordeel van hulpverleners over vervangende zorg, of patiënten wel of niet veel familieleden

hadden. Tevens werden geen verschillen gevonden in het vervangen-
de zorgoordeel bij patiënten met familieleden die positief, ambi-
valent of negatief stonden tegenover een eventueel ontslag.

13.3. Psychiatrische diagnose

Bij de rehabilitatie van lang opgenomen patiënten wordt minder
uitgegaan van het zgn. medische model, waarbij aspecten als ziek-
te, symptomen, etiologie, beloop, prognose en medische interven-
tie voorop staan. Men zou kunnen stellen dat de periode waar het
medische model relevant was voor de patiënt en hulpverlener is
afgesloten. De diagnose werd reeds enkele jaren geleden gesteld
en verschillende therapeuten hebben met verschillende technieken
vele jaren hun kennis en ervaring toegepast, - maar helaas voor
deze groep patiënten met wisselend of gering succes.

De uiteindelijke doelstelling van psychiatrische diagnosestelling
is in de loop van de jaren vervaagd en heeft nauwelijks meer een
doelgerichte betekenis voor de verdere zorg en begeleiding van
betrokkene. De bedoelingen die Giel (1982) toekent aan het proces
van psychiatrische classificatie zoals:

- "1. het opsporen van kenmerken van mensen en hun gedragingen die
het vinden van de oorzaak van hun stoornis kunnen vergemakke-
lijken;
 2. het voorspellen van de meest waarschijnlijke afloop van de
stoornis;
 3. het kiezen van een interventie en het voorspellen van het
mogelijke effect daarvan op de afloop van de stoornis",
- lijken voor de verbetering van de leefsituatie van lang opgenomen
patiënten niet meer functioneel te zijn. De diagnose is gesteld,
de afloop van de stoornis is grotendeels bekend, en de effecten
van de interventies zijn geëvalueerd.

De beperkte toepasbaarheid van het medische model voor de zorg
voor lang opgenomen patiënten betekende echter niet dat alle
patiënten - ongeacht de gestelde diagnose - dezelfde kans hadden
op vervangende zorg.

Zo werden schizofrene patiënten in vergelijking met de overige patiënten beduidend minder vaak voor vervangende zorg ingedeeld. Tevens bleken minder schizofrene patiënten in beschermende woonvormen en psychiatrische dagbehandeling te verblijven dan men gezien hun aandeel (50%) in psychiatrische ziekenhuizen zou mogen verwachten. Vooral voor de groep van schizofrene patiënten is het dus mogelijk dat hulpverleners in verband met symptomen, bizar en onvoorspelbaar gedrag en dergelijke, eerder een negatieve indicatie stellen voor vervangende zorg.

13.4. Suïcidaal, agressief gedrag en onvrijwillig verblijf

Suïcides komen aanzienlijk meer voor bij recent opgenomen patiënten dan bij patiënten die langdurig in psychiatrische ziekenhuizen verblijven. In een Deens landelijk registeronderzoek naar het aantal suïcides bij opgenomen patiënten over de periode 1971 tot 1981 (Barner-Rasmussen, 1986) bleek dat vooral in de eerste maand na de opname het grootste suïciderisico bestond. Van de 863 patiënten die in deze periode door middel van suïcide waren overleden gebeurde dit bij 44% van de patiënten binnen twee weken na de opname, en was 60% in het verloop van een maand overleden. Met de toename van de verblijfsduur en de leeftijd nam het risico van een suïcide af.

In ons onderzoek ging het niet om suïcides, maar om suïcidedreigingen en -neigingen bij lang opgenomen patiënten. Daarbij bleek dat ook suïcidaal gedrag betrekkelijk zelden voorkomt bij lang opgenomen patiënten. In de periode van drie maanden vóór het onderzoek was door 4% van de patiënten gedreigd met suïcide of was daadwerkelijk een poging daartoe ondernomen. Tegen onze verwachting in kwamen deze patiënten volgens hun hulpverleners niet minder, maar zelfs iets meer in aanmerking voor vervangende zorg. Indien de agressie niet op de eigen persoon was gericht, maar op anderen, en ernstiger vormen aannam, dan hadden deze patiënten ook minder kans op vervangende zorg.

13.5. Leeftijd

Bij de indicatiestelling voor vervangende zorg speelde de leeftijd van patiënten een belangrijke rol. Ook als de oudere patiënten (55⁺) niet verschilden van hun jongere lotgenoten, wat betreft de vaardigheden (BZR, PSV, ISI en ESI), de diagnose, agressief of suïcidaal gedrag en de verblijfsduur, dan nog hadden oudere patiënten een aanzienlijk kleinere kans om in aanmerking te komen voor alternatieve opvang. Het lijkt dus, alsof bij jongere en oudere patiënten met twee verschillende maten wordt gemeten.

Het waren vooral de oudere patiënten met de diagnose schizofrenie, die weinig kans maakten op vervangende zorg. Zo kwamen de bejaarde patiënten met een andere diagnose dan schizofrenie met 25% aanzienlijk meer daarvoor in aanmerking. Wel waren deze patiënten ook gezien de vaardigheden minder gehandicapt dan bejaarde schizofrene patiënten (tabel 80).

Tabel 80: Typering van een viertal groepen aan de hand van het aandeel patiënten met goede vaardigheden (BZR, PSV, ISI, ESI) en met een positieve indicatie voor vervangende zorg.

groep	abs.	% BZR+	% PSV+	% ISI+	% ESI+	% vervangende zorg
		(0-2)	(0-2)	(0-2)	(0-24)	
I bejaarde schizofrene patiënten	57	51%	5%	11%	19%	5,7%
II bejaarde patiënten met een andere diagnose	56	73%	44%	37%	49%	19,6%
III jongere schizofrene patiënten	138	79%	49%	29%	58%	29,7%
IV jongere patiënten met een andere diagnose	130	85%	55%	42%	64%	48,8%
totaal	381	76%	44%	32%	53%	30,5%

Groep I (15%): met de groep van bejaarde schizofrene patiënten kan een betrekkelijk vaste kern van personen worden aangewezen waarvoor nauwelijks meer perspectief bestaat voor vervangende zorg. Alleen voor enkele goed zelfredzame en sociaal vaardige personen van deze groep werden nog mogelijkheden gezien voor plaatsing elders. De helft van de groep bejaarde schizofrene patiënten was beperkt zelfredzaam, en bijna iedereen (95%) vertoonde tekorten in de (potentiële) sociale vaardigheden. Voor de meeste patiënten was de integratie in het leven zowel binnen de instelling (89%) als daarbuiten (81%) matig tot gering.

Er zijn aanwijzingen dat ook in landen, waar een meer rigoreus ontslagbeleid is gevoerd ten aanzien van lang opgenomen patiënten, zoals in de Verenigde Staten, het vooral de oudere schizofrene patiënten zijn die in psychiatrische ziekenhuizen opgenomen blijven. Goodman en Siegel (1986) merken naar aanleiding van hun follow-up onderzoek van bejaarde schizofrene patiënten op dat " more than 70% of all the patients in our study who had been hospitalized for more than 1 year before the study began remained in the hospital at the end of the 4-year follow-up. Despite their hospitalization in an era of deinstitutionalization, these elderly patients will probably remain in the state hospital until death".

Groep II (15%): de groep bejaarde patiënten met een andere diagnose was evengroot van omvang als de groep bejaarde schizofrene patiënten. Ondanks een vergelijkbare leeftijd waren de patiënten aanzienlijk minder gehandicapt in hun zelfredzaamheid en sociale vaardigheden, en participeerden voor een deel goed in het gemeenschapsleven binnen en buiten de instelling. Ongeveer 20% van deze groep bejaarden kwam dan ook nog in aanmerking voor vervangende zorg.

Groep III (36%): met meer dan één derde van de steekproef vormden de schizofrene patiënten met een leeftijd variërend van 20 tot 64 jaar de grootste groep binnen het onderzoek. Viervijfde van deze patiënten was goed zelfredzaam, en de helft had tevens goede (potentiële) sociale vaardigheden. Hun deelname aan activiteiten binnen de instelling was beperkter (29%) in vergelijking met de

bejaarde patiënten van groep II. Daarentegen hadden zij wel meer contact met het maatschappelijke gebeuren buiten de instelling (58%). Voor ongeveer dertig procent van deze patiënten was volgens het gezamenlijke oordeel van de hoofdbehandelaar en verpleegkundige alternatieve opvang mogelijk.

Groep IV (34%): de patiënten van 20 tot 64 jaar met een andere diagnose dan schizofrenie hadden van de onderscheiden groepen (tabel 80) het beste perspectief op vervangende zorg. Bijna de helft (49%) van deze patiënten kwam volgens hun hulpverleners in aanmerking voor vervangende zorg. De zelfredzaamheid van deze patiënten was in het algemeen goed (85%) en meer dan de helft was sociaal vaardig. Zij functioneerden duidelijk beter, wat betreft de mate van interne sociale integratie, dan de niet-bejaarde schizofrene patiënten. Tevens had bijna tweederde van de patiënten van groep IV regelmatig contact met het maatschappelijke leven buiten het terrein van de instelling.

13.6. De houding van patiënten ten aanzien van ontslag en de afdeling

Voor de vraag welke patiënten wel en welke patiënten niet voor vervangende zorg in aanmerking kunnen komen, bleek dus vooral de combinatie van vaardigheden, leeftijd en diagnose van belang te zijn. Tevens was duidelijk dat enkele agressieve patiënten volgens hun hulpverleners niet voor vervangende zorg in aanmerking mogen komen, omdat dergelijk gedrag buiten het psychiatrisch ziekenhuis niet te hanteren is.

Maar hoe stonden de lang opgenomen patiënten zelf tegenover de mogelijkheid van ontslag en een leven buiten het terrein van het psychiatrisch ziekenhuis? Is het wel hun wens, - willen zij eigenlijk wel in aanmerking komen voor andere huisvesting en een meer zelfstandige leefsituatie?

We vonden dat ongeveer éénderde van de patiënten een positieve houding innam ten aanzien van ontslag. Bijna evenveel patiënten waren ambivalent, terwijl éénkwart van de patiënten uitgesproken negatief reageerde op vragen over een mogelijk verblijf buiten de

instelling. Het was enigszins verrassend dat er nauwelijks verschillen bestonden in ontslaghouding tussen patiënten die korter dan twee jaar verbleven, dan wel twee tot vijf jaar, of zes tot tien jaar.

Met een opnameduur van ongeveer tien jaar veranderde dit beeld. Zo hadden aanzienlijk meer patiënten (40%) die langer dan 10 jaar waren opgenomen, de uitgesproken wens niet van verblijfplaats te veranderen, 34% van de patiënten was in zijn houding ambivalent, en ongeveer één kwart van de patiënten (27%) had nog de wens met ontslag te gaan.

Het waren wederom de patiënten met een opnameduur van tien jaar of langer die erg gehecht waren aan de leefsituatie op de afdeling. En dit verschijnsel bleef niet beperkt tot de oudere patiënten. Ook bij de patiënten die jonger dan 55 jaar waren, werd een verband gevonden tussen de verblijfsduur en de houding ten aanzien van ontslag: hoe langer men was opgenomen, des te negatiever was de ontslaghouding.

Deze relatie tussen verblijfsduur en houding ten aanzien van ontslag, die Wing (1962) reeds vijfentwintig jaar geleden constateerde, werd dus in ons onderzoek ook voor de Nederlandse situatie en voor een meer recent jaar bevestigd. Barton (1976) onderkende hetzelfde fenomeen, maar dan op basis van klinische ervaringen. Hij wees erop dat het met een toenemende verblijfsduur steeds moeilijker wordt om opgenomen patiënten ervan te overtuigen dat de moeilijke stap naar buiten nog steeds de moeite waard is. Hij schrijft: "It is difficult to persuade patients that the tremendous effort to re-enter the world outside is worth the gain. Many patients say they never wish to leave hospital: "I'm quite happy jogging along here, Doctor", or "Leave me alone, Doctor, I'm not well enough to manage outside", or "Nobody wants me - they haven't got room".

Deze relatie tussen verblijfsduur en ontslaghouding werd gevonden voor de diverse groepen patiënten: mannen en vrouwen, jongeren en ouderen, gehuwden en alleenstaanden, schizofrene patiënten en patiënten met andere diagnoses, patiënten met en zonder lichamelijke handicaps, patiënten met goede en minder goede potentiëel

sociale vaardigheden, interne en externe sociale integratie. Tevens werd de relatie gevonden bij patiënten met en zonder agressief gedrag en patiënten met een betrekkelijk volledig of onvolledig thuismilieu. Wel bleek een uitzondering te bestaan voor patiënten met ernstige beperkingen in de basale zelfredzaamheid en patiënten met suïcideproblemen.

Er zijn dus aanwijzingen dat de verblijfsduur van patiënten niet alleen een indicatie is van de ernst en de duur van de stoornis, maar tevens iets zegt over de voorkeur van de patiënt om in de instelling te blijven wonen. Drake en Wallach (1979) en Adler e.a. (1984) hebben reeds eerder op dit fenomeen gewezen.

Een langere verblijfsduur ging overigens niet alleen gepaard met een meer negatieve instelling van patiënten ten aanzien van ontslag, maar tevens met een positieve houding tegenover de eigen afdeling en instelling. Ook deze relatie was wederom geldig voor de verschillende subgroepen, met uitzondering van gehuwde patiënten, patiënten met een betrekkelijk volledig thuismilieu en patiënten zonder enig agressief gedrag.

Voor al de patiënten die korter dan vijf jaar waren opgenomen, namelijk 61%, hadden een ambivalente houding ten aanzien van de afdeling en instelling. Met de duur van het verblijf veranderden deze twijfels steeds meer in een aanvaardende, positieve attitude.

Terwijl van de patiënten die korter dan 5 jaar waren opgenomen, éénkwart positief scoorde op de Houding Afdeling (H.A.)-index, nam dit aandeel met de verblijfsduur steeds meer toe. Een uitgesproken negatieve houding ten aanzien van de afdeling en instelling kwam met 11% van de steekproef patiënten betrekkelijk weinig voor, en dit aandeel was constant ongeacht de duur van het verblijf.

Voor de gevonden relatie tussen verblijfsduur en houding ten aanzien van de afdeling/instelling zijn verschillende verklaringen mogelijk. Enkele daarvan zijn echter gezien onze bevindingen minder waarschijnlijk.

- Een eerste tentatieve verklaring, namelijk dat patiënten die zeer lang zijn opgenomen, misschien lichamelijk meer kwetsbaar zijn en daardoor de huisvesting, de begeleiding en de contacten met patiënten en hulpverleners gunstiger ervaren, is niet erg aannemelijk. Zo was de houding van lichamelijk gehandicapte patiënten en patiënten met een geringe basale zelfredzaamheid ten aanzien van de afdeling/instelling minder positief dan de houding van niet gehandicapte en zelfredzame patiënten. Ook de zeer lang opgenomen patiënten die lichamelijk kwetsbaar waren, hadden een minder positieve houding tegenover de afdeling en instelling.
- Ook een andere mogelijke verklaring, namelijk dat zeer lang opgenomen patiënten door hun veelal oudere leeftijd misschien geringere verwachtingen hebben, minder eisen stellen en minder kritisch zijn ten aanzien van de leefsituatie op de afdeling dan jongere patiënten, werd niet gesteund door de onderzoeksresultaten. Tot en met een verblijfsduur van 20 jaar verschilden patiënten van 55 jaar en ouder en patiënten die jonger dan 55 jaar waren, nauwelijks van elkaar, wat betreft hun houding tegenover de afdeling. Bij de groep patiënten met een verblijfsduur van langer dan 20 jaar bleek zelfs dat jongere patiënten, met een aandeel van 67%, aanzienlijk positiever waren dan de oudere patiënten (55%).
- Tevens is het niet waarschijnlijk dat de positieve houding van zeer lang opgenomen patiënten ten aanzien van de afdeling vooral te verklaren is door eenzijdige gerichtheid op activiteiten binnen de instelling. Het waren niet de patiënten met een minder goede externe sociale integratie (ESI) die hoog scoorden op de Houding Afdeling-index, maar vooral de patiënten met een goede externe sociale integratie. Van de patiënten die 6 tot 20 jaar in de instelling verbleven en een goede ESI-score hadden, vertoonde 51% een positieve houding ten aanzien van de afdeling. Bij de patiënten die langer dan 20 jaar waren opgenomen, was dit aandeel zelfs 71%.

- Aan de hand van de gegevens was het mogelijk om na te gaan of zeer lang opgenomen patiënten misschien minder overtuigd zijn van de haalbaarheid of wenselijkheid van een verblijf buiten het instituut en misschien daarom het verblijf in het psychiatrisch ziekenhuis extra waarderen. Deze relatie kon gedeeltelijk worden bevestigd. De grote groep van zeer lang opgenomen patiënten (> 5 jaar) bestond vooral uit personen die een negatieve of ambivalente houding innamen tegenover een eventueel ontslag. Van deze patiënten met weerstanden en reserves tegenover ontslag oordeelde 62% positief over de afdeling. Bij de kleinere groep van patiënten die twee tot vijf jaar in de instelling verbleef en een ambivalente of negatieve ontslaghouding vertoonde, was daarentegen alleen 37% positief over de afdeling.

En dan blijven nog een aantal verklaringen over die even goed van toepassing kunnen zijn, maar waarover geen empirische gegevens werden verkregen.

- Het is mogelijk dat kort opgenomen patiënten de leefsituatie binnen het psychiatrisch ziekenhuis toetsen aan de woonsituatie, de privacy en de autonomie die zij eventueel hadden, voordat de opname plaatsvond. Dit referentiekader is echter voor zeer lang opgenomen patiënten steeds meer vervaagd en is vervangen door de woonsituatie en de huisregels van het psychiatrisch ziekenhuis. Het zou een plausibele verklaring kunnen zijn voor het fenomeen dat met toenemende verblijfsduur meer patiënten een positieve houding innemen ten aanzien van de leefsituatie op de afdeling. Onder andere Mechanic (1980) heeft erop gewezen dat het referentiekader, waarvan uit ook recent opgenomen patiënten oordelen over de zorg, de woonsituatie en andere levensomstandigheden in het psychiatrisch ziekenhuis verschilt met het oordeel van personen die buiten het psychiatrisch ziekenhuis wonen. Het verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis is, volgens Mechanic, voor veel patiënten een laatste toevluchtsoord, - een asyl in positieve zin, toen zij niet meer opgewassen waren tegen de moeilijke situaties, waarin zij buiten de instelling verkeerden. Gezien deze ervaringen zou het

niet verbazingwekkend zijn dat patiënten weinig aandacht schenken aan beperkende maatregelen in het ziekenhuis, en dat zij de ontvangen zorg en aandacht binnen de instelling in het algemeen positief waarderen. Soortgelijke kanttekeningen werden reeds eerder geplaatst door Mayer en Rosenblatt (1974) naar aanleiding van onderzoek naar de houding van 200 personeelsleden en 220 patiënten ten aanzien van de leefsituatie op de afdeling. Zij concludeerden dat het personeel minder gunstig oordeelde over de leefsituatie dan patiënten. De hulpverleners waren vooral positief te spreken over de bijeenkomsten in kleinere groepen waar patiënten over hun problemen konden praten. De patiënten daarentegen hadden een meer positieve houding ten aanzien van maaltijden, het netjes houden van kamers, de veiligheid op de afdeling, de vrije tijd-activiteiten en de beschikbaarheid van de arts.

- Het is ook mogelijk dat zelfselectie heeft plaatsgevonden op basis van de houding ten aanzien van de afdeling. Hiermee wordt bedoeld dat patiënten die het verblijf in het psychiatrisch ziekenhuis als te beperkend ervaren en het ziekenhuis niet als langdurig woonmilieu accepteren, eerder geneigd zullen zijn buiten het psychiatrisch ziekenhuis naar een alternatieve opvangmogelijkheid te zoeken, vergeleken met patiënten die reeds na een betrekkelijk korte opnameduur zich binnen de instelling thuis zijn gaan voelen. In een dergelijke redenering zijn het vooral de patiënten die van begin af aan een positieve houding innemen tegenover de afdeling, die zeer langdurig in het psychiatrisch ziekenhuis zullen verblijven.
- En tenslotte is het mogelijk dat zeer lang opgenomen patiënten vooral op afdelingen verblijven, waarbij wordt uitgegaan van min of meer definitieve huisvesting en zorg, terwijl minder lang opgenomen patiënten veelal nog op afdelingen verblijven met een rehabilitatie-functie. Ook dergelijke verschillen in zorgintenties op afdelingsniveau kunnen eventueel tot uiting komen in de houding van patiënten ten aanzien van de afdeling, maar tevens in de houding ten aanzien van ontslag (hfdst. 12.11.).

De duur van het verblijf in het psychiatrisch ziekenhuis was niet alleen van belang voor het oordeel van de patiënt over de leef-situatie op de afdeling en de houding ten aanzien van ontslag, maar hing tevens samen met het oordeel van de hulpverleners. Naarmate patiënten langer in het psychiatrisch ziekenhuis verbleven, kwamen zij volgens hun hulpverleners minder in aanmerking voor vervangende zorg.

De meeste patiënten van onze steekproef verbleven op afdelingen, waar weinig doorstroming plaatsvond. Zo verbleef ongeveer drie kwart op afdelingen, waar meer dan 70% van de medepatiënten langer dan één jaar was opgenomen. De overige steekproefpatiënten verbleven op afdelingen met een grotere doorstroming. En het waren vooral de patiënten van deze afdelingen die met 53% eerder in aanmerking kwamen voor vervangende zorg. Ook na controle op de mogelijke invloed van variabelen als de leeftijd, de verblijfsduur en de potentiële sociale vaardigheden, werden de patiënten van afdelingen met een grotere doorstroming eerder voor vervangende zorg ingedeeld dan patiënten van afdelingen met een geringe doorstroming.

Er zijn dus aanwijzingen dat hulpverleners van afdelingen, waar meer patiënten ontslagen worden, eerder geneigd zijn lang opgenomen patiënten voor vervangende zorg in te delen dan hulpverleners van afdelingen met betrekkelijk weinig doorstroming. Meer ervaring en betere contacten met bijvoorbeeld beschermende woonvormen, psychiatrische dagbehandeling en Riagg's kunnen daarbij een rol spelen.

De doorstroming op de afdeling is echter geenszins de belangrijkste factor bij het oordeel van hulpverleners. Indien simultaan de invloed van een negental factoren, waaronder de doorstroming op de afdeling, wordt bestudeerd dan zijn vooral de leeftijd, de potentiële sociale vaardigheden, de diagnose schizofrenie en de houding van de patiënt tegenover de afdeling en instelling bepalend voor het oordeel van de hoofdbehandelaar en verpleegkundige welke patiënt wel en welke niet in aanmerking komt voor vervangende zorg.

VOETNOTEN

- (1) In de periode van het onderzoek is een advies van de Ziekenfondsraad (1984) verschenen met onder andere een ontwerp-besluit psychiatrische deeltijdbehandeling Ziekenfondsverzekering. In dit ontwerpbesluit ontbreekt het indicatiecriterium "verwachting van het verkrijgen van een volledige zelfstandigheid". Wel wordt aangekondigd dat dit criterium nader zal worden uitgewerkt bij Koninklijk Besluit.
- (2) Het begrip "panel-onderzoek" zal in dit verband niet worden gebruikt. In de sociale wetenschappen is dit begrip gereserveerd voor een ander type onderzoek (Nehnevasja, 1973; Swanborn, 1981).
- (3) - Bij flat-/huisbewoning met begeleiding vanuit Riagg of polikliniek hadden patiënten waarbij beperkte overeenstemming bestond tussen psychiater en verpleegkundige eerder de diagnose schizofrenie en persoonlijkheidsstoornis ($p < .05$);
- bij beschermende woonvormen buiten het ziekenhuisterrein hadden de patiënten waarbij beperkte overeenstemming bestond in het algemeen slechtere scores op interne sociale integratie.
- (4) Bij een apart overzicht voor het jaar 1983 (met selectie op verblijfsduur langer dan twee jaar en diagnose anders dan dementie en zwakzinnigheid) kon een leeftijdsgemiddelde van 57 jaar worden berekend en een standaardafwijking van 17.
- (5) $N_t = \frac{t}{T} \times N_T$ ($N_t = \frac{120}{23} \times 190 = 990$)

Waarbij:

N_t = totaal aantal doelgroeppatiënten in dagziekenhuizen

N_T = aantal steekproefpatiënten in dagziekenhuizen

t = totaal aantal erkende dagziekenhuizen

T = aantal deelnemende dagziekenhuizen.

- (6) De aanduiding van deze categorie van voorzieningen is bewust niet vertaald, daar de Nederlandse "psychogeriatrische verpleeghuizen" een aanzienlijk nauwer indicatiegebied kennen, namelijk vooral verpleegbehoeftige demente bejaarden.

LITERATUURVERWIJZINGEN

- Achte K, Steinbäck A (1966), Chronic psychiatric hospital patients, *Acta Psychiatr Scandinavica* 42, 341-347.
- Adler DA, Drake RE, Stern R (1984), Viewing chronic mental illness: a conceptual framework, *Comprehensive Psychiatry*, Vol. 25, no. 2, 192-207.
- Armstrong B (1979), The community lodge: helping the chronically mentally ill help each other, *Hospital & Comm Psychiatr* 30, no. 10, 705-708.
- Baas M, Cornelissen E, Frohn-de Winter M, Bleeker J (1984), Het gebruik van de BOP in een psychiatrische kliniek. Een praktijkonderzoek, *T Gerontologie en Geriatrie*, 15, 197-201.
- Babiker IE (1980), Social and clinical correlates of the "new" long stay, *Acta Psychiatr Scand* 61, 365-375.
- Bachrach L (1976), Deinstitutionalization: An analytical review and sociological perspective, DHEW publ. no. (ADM) 79-3531, Rockville, Ind., NIMH.
- Barner-Rasmussen P (1986), Suicide in psychiatric patients in Denmark, 1971-1981, II. Hospital utilization and risk groups, *Acta Psychiatr Scand* 73, 449-455.
- Barton R (1976), *Institutional Neurosis*, Chicago, Year Book Medical, John Wright & Sons.
- Bennett DH (1983), The historical development of rehabilitation services, in (Watts FN & Bennett DH), *Theory and practice of psychiatric rehabilitation*, John Wiley & Sons, Ltd.
- Blalock HM (1960), *Social Statistics*, McGraw-Hill.
- Brady JP (1984), Social skills training for psychiatric patients, I: concepts, methods and clinical results, *Am J Psychiatry* 141, 3, 333-340.
- Braun P, Kochansky G, Shapiro G, Greenberg S, Gudeman J, Johnson S, Shore M (1981), Overview: Deinstitutionalization of psychiatric patients, a critical review of outcome studies, *Am J Psychiatry* 138, 6, 736-749.
- Brook OH (1984), Heropnemingen in de algemene psychiatrische ziekenhuizen, *T Psychiatrie* 26, 7, 500-525.

- Brorsson B, Wall S (1985), Assessment of medical technology, Swedish Medical Research Council, MFR.
- Brown G, Carstairs G, Topping G (1958), Posthospital adjustment of chronic mental patients, *The Lancet*, 2, 89, 685-589.
- Brown G (1960), Length of hospital stay and schizophrenia: a review of statistical studies, *Acta Psychiatr Neurol Scand* 35, 414-430.
- Chien CP, Sharaf MR (1971), Factors in the discharge of chronic patients, *Hosp & Comm Psychiatry*, Vol 22, no. 8, 334-339.
- Cohen J (1960), A coefficient of agreement for nominal scales, *Educ & Psychol Measurement*, Vol XX, No. 1, 37-46.
- Creere C, Wykes T (1982), The role of relatives, in (JK Wing) Long-term community care, *Psychological Medicine Monograph Supplement* 2.
- Christie Brown JR, Ebinger L, Treedman LS (1977), A survey of a long-stay psychiatric population: implications for community services, *Psychol Med* 7, 113-126.
- Ciampi L (1980), Ist die chronische Schizophrenie ein Artefakt? Argumente und Gegenargumente, *Fortschr Neurol Psychiatrie*, 28, 237-248.
- Cronbach L, Ideka H, Arner R (1964), Intraclass correlation as an approximation to the coefficient of generalizability, *Psychol Reports*, 15, 727-736.
- Definitief regeringsstandpunt ten aanzien van de beschermende woonvormen voor (ex-) psychiatrische patiënten en psycho-sociaal kwetsbaren, Tweede Kamer, vergaderjaar 1984-85, 18463, nr. 3.
- Delimon J (1986), Sociowoningen van "Voorburg", Studiedag Beschermde Wonen: aanvulling of alternatief? Op 2 oktober, te Utrecht, NCGV.
- Diesfeldt HFA (1981), De BOP tien jaar, *T Gerontologie en Geriatrie*, 12, 139-147.
- Drake RE, Wallach MA (1979), Will mental patient stay in the community? A social-psychological perspective, *J Consult Clin Psychol* 47, 2, 285-294.
- Drenth PJD (1975), Inleiding in de testtheorie, Van Loghum Slaterus, Deventer.

- Emanuel E (1982), We are all chronic patients, J Chron Disease, Vol. 35, 501-502.
- Faden VB, Goldman HH (1979), Appropriateness of placements of patients in state and county mental hospitals, Mental Health Statistical Note 152, Rockville, Md, Division of Biometry and Epidemiology, NIMH.
- Farina A, Garnezy N, Zalusky M, Becker J (1962), Premorbid behavior and prognosis in female schizophrenic patients, J Consult Psychology 26, 56-60.
- Freeman J (1965), Attitudes to discharge among long-stay mental hospital patients and their relation to social and clinical factors, Brit J Clin Psychology 4, 270-279.
- Gadourek I (1969), Sociologische onderzoekstechnieken, Inleiding tot de werkwijze bij het sociaal- en gedragswetenschappelijk onderzoek, Van Loghum Slaterus, Arnhem.
- Geerlings P, De Klerk-Roscam Abbing J, Schalken H (1983a), De verschillende vormen van psychiatrische dagbehandeling, MGV 5, 511-528.
- Geerlings P (1983b), Antwoord op reactie van W. Scheffer & A. van den Hout, MGV 8, 846-848.
- GHIGV (1983), Eindrapport van de GHIGV-werkgroep beschermende woonvormen, april, Ministerie WVC.
- GHIGV/NZR (1984), Algemene psychiatrische ziekenhuizen 1982, gegevens uit de Patiëntenregistratie Intramurale Geestelijke Gezondheidszorg (PIGG), Ministerie WVC.
- GHIGV/NZR (1985), Algemene psychiatrische ziekenhuizen 1983, gegevens uit de Patiëntenregistratie Intramurale Geestelijke Gezondheidszorg (PIGG), Ministerie WVC.
- Giel R (1977), Hospital psychiatry in the Netherlands: buildings or people? Social Psychiatry 12, 89-93.
- Giel R, Dijk S, Van Weerden-Dijkstra JR (1978), De nieuwe chronische patiëntenpopulatie: mededeling uit het centrale patiënten-register (10), T Psychiatrie 20, 601-609.
- Giel R, Dijk S, Van Weerden-Dijkstra JR (1978b), Mortality in the long-stay population of all dutch mental hospitals, Acta Psychiat Scand 57, 361-368.

- Giel R, Sauer H, Slooff C, Wiersma D (1980), Over de epidemiologie van functionele psychosen en invaliditeit, T Psychiatrie 22, 11-12, 710-722.
- Giel R, Bogaarts F (1980), Diagnostische classificatie en codering in de psychiatrie, T Psychiatrie 5 327-335.
- Giel R (1982), Waarom een psychiatrische diagnose? Een beknopte inleiding in het medische model en in andere modellen, Staf-leu, Alphen a/d Rijn/Brussel.
- Goffman E (1961), Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other inmates, Garden City, N.Y., Doubleday.
- Goldman HH, Gatozzi AA, Taube CA (1981), Defining and counting the chronically mentally ill, Hosp & Comm Psychiatry 32, 21-27.
- Goodman AB, Siegel C (1986), Elderly schizophrenic inpatients in the wake of deinstitutionalization, Am J Psychiatry 143, 2, 204-207.
- Greenblatt M, Sharaf M, Stone E (1971), Dynamics of institutional change, Pittsburgh, University of Pittsburgh Press.
- Haen F de, Schretlen E (1981), In plaats van een bed, NCGV-reeks nr. 36.
- Hatfield AB (1978), Providing social supports for the families of the mentally ill, Prepared for The President's Commission of Mental Health, Vol. III.
- Haveman MJ (1975), Verslag over psychiatrische tussenvoorzieningen in de provincie Groningen, Provinciale Raad voor de Volksgezondheid, Groningen.
- Haveman MJ (1980a), De frequent opgenomen psychiatrische patiënt; draait de draaideur selectief (I)? T Psychiatrie 22, 199-208.
- Haveman MJ (1980b), De frequent opgenomen patiënt (II), T Psychiatrie 22, 4, 267-277.
- Haveman MJ (1980c), Nieuwe langblijvers in psychiatrische ziekenhuizen, MGv 8, 642-654.
- Haveman MJ (1981), Oligofrenen in psychiatrische ziekenhuizen, T Psychiatrie 23, 552-561.

- Haveman MJ (1982a), Beschermende woonvormen; Verslag van een inventariserend onderzoek naar psychiatrische hostels en pensionatehuizen over het jaar 1980, GHIGV, afdeling Onderzoek.
- Haveman MJ (1982b), De ontvolking van psychiatrische staatsziekenhuizen in de Verenigde Staten; Enkele oorzaken en gevolgen, MGv 3, 258-279.
- Haveman MJ, Brook FG, Burger J (1983), Beschermde wonen als psychiatrische en welzijnszorg; verslag van een inventariserend landelijk onderzoek, T Psychiatrie 5, 343-356.
- Haveman MJ (1984), De-institutionalisering van de intramurale psychiatrische zorg; Enkele beleidswensen en ontwikkelingen in Nederland, T Soc Gezondheidszorg 62, nr. 18, 698-706.
- Haveman MJ, Poelijoe NW (1984), Verslag van het vooronderzoek "long-stay" in P.M.S.Vijverdal; intern rapport, vakgroep Epidemiologie/Gezondheidszorgonderzoek.
- Haveman MJ (1986a), Dehospitalization of psychiatric care in The Netherlands, Acta Psychiat Scand 73, 456-463.
- Haveman MJ, Poelijoe NW, Tan ES (1986b), Vervangende zorg voor lang opgenomen patiënten in psychiatrische ziekenhuizen; verslag van een landelijk substitutie-onderzoek, vakgroep Epidemiologie/Gezondheidszorgonderzoek, Rijksuniversiteit Limburg.
- Hirsch S, Gajnd R, Rohde P, Stevens B, Wing J (1973), Outpatient maintenance of chronic schizophrenic patients with long-acting fluphenazine; double-blind placebo trial, Int Med J 1, 633-637.
- Holland T, Konick A, Buffum W, Smith M, Petchers M (1981), Institutional structure and resident outcomes, J Health and Soc Behavior, Vol 22, december, 433-444.
- Horn GHMM ten (1982), Nazorg geeft kopzorg: Een onderzoek met een register voor de geestelijke volksgezondheid, proefschrift R.U. Groningen, 2 december.
- Hout AC van den (1985), Ontslagen psychiatrische patiënten, proefschrift K.U. Nijmegen, april.

- Isele R, Angst J (1985), Social disability in schizophrenia: the controlled prospective Burghölzli study, *Eur Arch Psychiatr Neurol Sci* 234, 341-347.
- IWBW (1981), Aanbevelingen voor een beleid ten aanzien van hostels voor psychiatrische patiënten en pensiontehuizen voor psychosociaal kwetsbare mensen, Min CRM en Min V & M, Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage.
- Johnstone EC, Owens DG, Gold A, Crow TJ, MacMillan JF (1981), Institutionalization and defects of schizophrenia, *Brit J Psychiatry*, 139, 195-203.
- Jong A de, Giel R, Slooff C, Wiersma D (1983), Sociale beperkingen ten gevolge van functionele psychosen. I. Een ontwerp voor een model voor de ontwikkeling van sociale beperkingen, *T Soc Gezondheidszorg* 61, 3, 78-85.
- Jong A de (1984), Over psychiatrische invaliditeit; Een theoretische en empirische verkenning naar het verband tussen psychiatrische ziekte en sociaal gedrag, dissertatie, Drukkerij Van Denderen B.V., Groningen.
- Kam P van der, Wimmers M (1971), Beoordelingsschaal voor Oudere Patiënten, Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Katz RC, Woolley FR (1975), Criteria for releasing patients from mental hospitals, *Hosp & Comm Psychiatry*, Vol 26, no. 1, 687-695.
- Kish G, Solberg K, Uecker A (1975), Locus of control as a factor influencing patients' perceptions of ward atmosphere, *J Clinical Psychology*, 27, 287-289.
- Klein R, Klein DF (1968), Marital status as a prognostic indicator in schizophrenia, *J Nervous & Ment Disease* 147, 289-296.
- Koopmans GT, Duurkoop WR, Bouma PD (1982), Ontwikkeling van de Functie Observatie Schalen Hoofdafdeling IV, SES-rapport 7, Santpoort-Zuid.
- Koopmans GT, Buiter RK, Kaatee JA (1983), Structuur, betrouwbaarheid en onderscheidend vermogen van de Functie Observatie Schalen Hoofdafdeling IV, SES-rapport 8, Santpoort-Zuid.
- Kris A, Schiff L, McLaughlin R (1971), Susceptibility to chronic hospitalization relative to age at first admission, *Arch Gen Psychiat*, Vol. 24, 346-352.

- Lamb HR (1979), Roots of neglect of the long-term mentally ill, Psychiatry, Vol 42, August, 201-207.
- Lamb HR (1982), Treating the longterm mentally ill, London, Jossey-Bass.
- Liberakis EA (1981), Factors predisposing to institutionalism, Acta Psychiat Scand 63, 356-366.
- Magaro P, Giardina P (1971), Comparing custodial and democratic treatment programs, Hosp & Comm Psychiatry 21, 118-119.
- Mann SA, Cree W (1976), "New" long-stay psychiatric patients: a national sample survey of fifteen mental hospitals in England and Wales 1972/3, Psychol Med 6, 603-616.
- Mann SA, Sproule J (1972), Reasons for a six-months stay, in: Wing JK, Haily AM (eds.), Evaluating a community psychiatric service, Oxford University Press, London.
- Mannoni FV, Shore MF (1974), Family structure, aftercare and post-hospital adjustment, Am J Orthopsychiatry 44, 76-85.
- Mathai PJ, Gopinath PS (1986), Deficits of chronic schizophrenia in relation to long-term hospitalization, Brit J Psychiatry 148, 509-516.
- Mayer JE, Rosenblatt A (1974), Clash perspective between mental patients and staff, Am J Orthopsychiatry 44, 3, 432-441.
- Mechanic D (1980), Mental health and social policy, 2nd edition, Englewood Cliffs, N.J., Prentice Hall.
- Meyers N (1977), Zorg om kinderen bij opname van de moeder in een psychiatrisch centrum, T Psychiatrie, 2, 122-127.
- Ministerie WVC (1983b), Overzicht intramurale en semimurale voorzieningen geestelijke gezondheidszorg per 1-1-1983, GHIGV, afdeling Onderzoek.
- Minkoff F (1978), A map of chronic mental patients, in: Talbott JA (ed.): The chronic mental patient, Ad Hoc Committee on the chronic mental patient, Washington, D.C., American Psychiatric Association, 11-37.
- National plan for the chronically mentally ill, final draft report to the secretary of health and human services, Washington D.C., August 1980.
- NCGV (1985), GGZ in getallen 1983, NCGV-reeks 85, Utrecht.

- Nehnevasja J (1973), Analyse von Panel-Befragungen, in (König R ed.). Handbuch der empirischen Sozialforschung, Ferdinand Enke Verlag, Bnd 2, 191-227.
- Offerhaus RE (1976), Onderzoek met behulp van een ADL-schaal en de BOP in het psychiatrisch centrum St. Bavo, Ned T Geront, 7, 160-168.
- Offerhaus RE (1983), Wachten op oneindig; de chronische patiënt in de psychiatrische inrichting, Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Okin RL (1983), The future of state hospitals: should there be one? Am J Psychiatry, 140, 5, 577-581.
- Orme JE (1973), Long-stay psychiatric patients, in: (P Mittler, ed.) The psychological assessments of mental and physical handicaps, Tavistock Publ & Methuen Ltd.
- Paul GL, Lentz RJ (1977), Psychosocial treatment of chronic mental patients, part 1, 1. The chronically institutionalized mental patient, Harvard University Press.
- Pepper B, Kirshner M, Ryglewicz H (1981), The young adult chronic patient: overview of a population, Hosp & Comm Psychiatry, Vol 32, no. 7, 463-469.
- Peterson R (1978), What are the needs of chronic mental patients? in: (Talbot JA, ed.) The Chronic Mental Patient - Problems, Solutions and Recommendations for a Public Policy, APA, Washington DC.
- Pinkhoff-Hilfman (1984), Geneeskundig woordenboek, 8^{ste} geheel herziene uitgave, Bohn, Scheltema & Holkema, Utrecht-Antwerpen.
- Pokorny A, Thornby J, Kaplan H, Ball D (1976), Prediction of chronicity in psychiatric patients, Arch Gen Psychiatry, Vol 33, 932-937.
- Presly AS, Grubb AB, Semple D (1982), Predictors of succesful rehabilitation in long-stay patients, Acta Psychiat Scand 66, 83-88.
- Redlich F, Kellert SR (1978), Trends in American mental health, Am J Psychiat 135, 22-28.
- Reid DD (1960), Epidemiological methods in the study of mental disorders, WHO, Geneva.

- Robbins E, Stern M, Robbins L, Margolin L (1978), Unwelcome patients: where can they find asylum? Hosp & Comm Psychiatry, Vol 29, no. 1, 44-46.
- Romme MAJ (1984), Verschillende manieren van omgaan met moeilijke mensen, T Psychiatrie 26, 7, 528-533.
- Rosenblatt A, Mayer JE (1974), The recidivism of mental patients: a review of past studies, Am J Orthopsychiatry, 697-706.
- Scheffer W, Van den Hout T (1981), Psychiatrische centra voor dag-, avond-, en nachtbehandeling; Een onderzoek onder ex-cliënten, behandelaars en verwijzers, ITS, Nijmegen.
- Scheffer W, Van den Hout T (1983), De verschillende vormen van psychiatrie dagbehandeling (2), MGv 8, 843-848.
- Schene AH, Gersons BPR (1985), De effectiviteit van psychiatrische deeltijdbehandeling; een overzicht, T Psychiatrie 9, 634-656.
- Scheuch EK (1974), Auswahlverfahren in der Sozialforschung, Band 3a, 1-96, in: (König R, ed.) Handbuch der empirischen Sozialforschung, Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart.
- Schipper JA (1978), De chronische patiënt; behandeling van een bejegening, T Psychiatrie 5, 285-293.
- Scholte JA, Uffing J en Romme MAJ (1982), Langdurig verblijf in het algemeen psychiatrisch ziekenhuis; een vergelijkende studie, R.U. Limburg.
- Schouten HJ (1985), Statistical measurement of interobserver agreement, proefschrift Rijksuniversiteit Limburg, drukkerij Elinkwijk B.V., Utrecht.
- Schudel WJ (1976), Opgenomen, opgegeven? proefschrift Rijksuniversiteit Groningen, Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Schwartz SR, Goldfinger SM (1981), The new chronic patient: clinical characteristics of an emerging subgroup, Hosp & Comm Psychiatry, Vol 32, no. 7, 470-474.
- Segal SP, Baumohl J, Johnson E (1977), Falling through the cracks: mental disorder and social margin in a young vagrant population, Social Problems, Vol 24, no. 3, February, 387-400.
- Segal SP, Everett-Dille L (1980), Coping styles and factors in male/female social integration, Acta Psychiat Scand 61, 8-20.

- Shadish WR, Orwin RG, Silber BG, Bootzin RR (1985), The subjective well-being of mental patients in nursing homes, Evaluation and Program Planning, Vol. 8, 239-250.
- Shore MF, Shapiro R (1979), The effect of deinstitutionalization of the state hospitals, Hosp & Comm Psychiatry, Vol 30, no. 9, 605-608.
- Siegler M, Osmond H (1976), Models of madness, models of medicine, Harper & Row, New York.
- Silverman M (1971), Comprehensive Department of Psychological Medicine: three-year review of inpatients referred for after-care visits, Brit Med J, 99-101.
- Slooff CJ (1983), Ziekte duur en meetresultaten; Een methodologisch probleem bij epidemiologisch onderzoek naar niet-affectieve functionele psychosen, T Soc Gezondheidszorg 21, 761-764.
- Slooff CJ, Mulder-Hajonides van der Meulen WR, Van den Hoofdakker RH (1983), De Nederlandse vertaling van de Present State Examination 9e editie, I. Betrouwbaarheidsaspecten, T Psychiatrie 3, 151-163.
- Solomon P, Doll W (1979), The varieties of readmission: the case against the use of recidivism rates as a measure of program effectiveness, Am J Orthopsychiatry 49, 2.
- Strauss JS, Carpenter WT (1977), Prediction of outcome in schizophrenia, III. Five year outcome and its prediction, Arch Gen Psychiat 34, 159-163.
- Summers F (1979), Social dysfunction in chronic mental patients: toward a dual theory of chronic psychopathology, The Psychiatric Forum, Fall, 55-66.
- Swanborn PG (1981), Methoden van sociaal-wetenschappelijk onderzoek, Boom, Meppel.
- Talbott JA (1979), Deinstitutionalization: Avoiding the disasters of the past, Hosp & Comm Psychiatry 30, 621-624.
- Test MA, Stein LI (1976), Practical guidelines for the community treatment of markedly impaired patients, Comm Mental Health J, Vol 12, 1, 72-82.
- Test MA, Stein LI (1977), A community approach to the chronically disabled patient, Social Policy, May/June, 8-16.

- Test MA, Stein LI (1978), Community treatment of the chronic patient: research overview, *Schizophrenia Bulletin* 4, 350-364.
- Test MA, Knoedler WH, Allness DJ (1985), The long-term treatment of young schizophrenics in a community support program, in: Stein LI & Test MA (eds.): *The training in Community Living Model; A decade of experience*, *New Directions for Mental Health Services*, no. 26, San Francisco, Jossey-Bass.
- Test MA, Knoedler WH, Allness DJ, Burke SS (1985), Characteristics of young adults with schizophrenic disorders treated in the community, *Hosp & Comm Psychiatry*, Vol. 36,
- Verstrekkingenbesluit Ziekenfondsverzekering (1973), *Psychiatrische dagbehandeling*, Ziekenfondsraad, Amstelveen.
- Vetter P (1985), Die Rehabilitation psychisch Behinderter in Wohngemeinschaften und ihr Einfluss auf die Hospitalisierungsdauer, *Der Nervenarzt* 56, 359-364.
- Visiecommissie St. Bavo (1973), *De chronische patiënt*, 2^e rapport, Noordwijkerhout.
- Walker R, McCourt J (1965), Employment experiences among 200 schizophrenic patients in hospital and after discharge, *Am J Psychiatry* 122, 316-319.
- Watt JA, El-Guebaly N (1981), The chronic mental patient, the position of the Canadian Psychiatric Association, *Can J Psychiatry*, Vol. 26, November, 494-501.
- Watts F (1983), Socialization and social integration, in (FN Watts & DH Bennett) *Theory and practice of psychiatric rehabilitation*, John Wiley & Sons, Ltd.
- Webster English College Dictionary (1984), Longman Group Lim., Longman House, Burnt Mill, Harlow, Essex, England.
- Weerden-Dijkstra J van (1976), Mededelingen uit het centrale patiëntenregister voor psychiatrische ziekenhuizen en universiteitsklinieken (8), *T Psychiatrie* 2, 120-132.
- Weinstein AS, Dipasquale D, Winsor F (1973), Relationships between length of stay in and out of the New York state mental hospitals, *Am J Psychiatry* 130, 905-908.
- Wennink HJ, Zuilhof JJ (1984), Kleinschaligheid werkt, *T Psychiatrie* 26, 4, 262-274.

- Wiersma D, De Jong A, Giel R, Slooff C (1983), Sociale beperkingen ten gevolge van functionele psychosen, II. Enkele bevindingen betreffende het model voor de ontwikkeling van sociale beperkingen, T Soc Gezondheidszorg 61, no. 5, 168-174.
- Wiersma D, Giel R, De Jong A, Slooff CJ (1984), Chroniciteit bij functionele psychosen, T Psychiatrie 26, 6, 402-419.
- Wilder J, Lensk A, Zwerling D (1966), A two year follow-up evaluation of acute psychotic patients treated in a day hospital, Am J Psychiatry 122, 1095-1101.
- Wilensky H, Lebeaux C (1965), Industrial society and social welfare, Free Press, New York.
- Wing JK, Brown GW (1961), Social treatment of chronic schizophrenia: a comparative survey of three mental hospitals, J Ment Sci 107, 847-854.
- Wing JK (1962), Institutionalism in mental hospitals, Brit J Soc & Clin Psychology 1, 38-51.
- Wing JK, Monck E, Brown G, Carstairs G (1964), Morbidity in the community of schizophrenic patients discharged from London mental hospitals in 1959, Brit J Psychiatry 110, 10-21.
- Wing JK (1966), Social and psychological changes in a rehabilitation unit, Soc Psychiatry 1, 21-28.
- Wing JK (1967), Social treatment, rehabilitation and management, in (A Coppen & A Walk) Recent developments in schizophrenia, Ashford: Headley Brothers/RMPA.
- Ziekenfondsraad (1984), Advies inzake een stelsel van (intramurale) psychiatrische verstrekkingen aan de Staatssecretaris van WVC, Ziekenfondsraad nr. 249.
- Zwaan AH van der (1982), Patiëntenstromen door een psychiatrisch ziekenhuis, Gezondheid & Samenleving jrg. 3, no. 3, 175-183.

BDLAGEN

BDLAGE 1

VRAGENLIJST ONDERZOEK LONG-STAY PSYCHIATRIE (VOL I)

(Psychiater, Psycholoog, Maatschappelijk werker)

Naam patiënt:
Geslacht:
Geboortedatum:
Opnamedatum:
Verblijfplaats in de instelling:
Onderzoeknummer:
Naam respondent:
Functie:

Schutblad na invulling afscheuren en de ingevulde vragenlijst d.m.v. bijgevoegde enveloppe retourneren.

HANDLEIDING

- Graag iedere vraag beantwoorden, tenzij anders is aangegeven.
- Geef Uw antwoord bij elke uitspraak door slechts één van de cijfers te omcirkelen.
- Staat een pijltje achter het door U omcirkelde woord dan wordt verwezen naar de volgende vraag en kunt U één of meer vragen overslaan.
- Gaarne ook de open vragen zo exact en volledig mogelijk beantwoorden. Indien onvoldoende ruimte is gereserveerd voor Uw antwoord kunt U gebruik maken van de achterkant van de pagina, met verwijzing naar het nummer van de vraag.
- Controleer de ingevulde vragenlijst nog eens op eventuele onvolledige of onnauwkeurige antwoorden.

VRAGENLIJST ONDERZOEK LONG-STAY PSYCHIATRIE (VOL. I)

(Psychiater, Psycholoog, Maatschappelijk werker)

		kolom
	functie: . . .	1 - 2
	resp./krt.nr. 1	3
codenr. instelling: . . . 4 - 5 onderzoeksnummer: . . . 6 - 8 verblijfsduur groep: . . . 9 codering vraag 4A: . . . 10		
1	Is betrokkene voorafgaand aan het verblijf in de huidige instelling ooit <u>langer dan 5 jaar continu opgenomen</u> geweest in een psychiatrisch ziekenhuis? 0 - ja → (door naar vraag 4) 1 - nee	11
2	Is betrokkene voorafgaand aan het verblijf in de huidige instelling ooit <u>korter dan 5 jaar maar wel langer dan 2 jaar continu opgenomen</u> geweest in een psychiatrisch ziekenhuis? 0 - ja → (door naar vraag 4) 1 - nee	12
3	Is betrokkene gedurende een periode van 5 jaar direct voorafgaand aan het verblijf in de huidige instelling <u>meerdere keren opgenomen</u> geweest in een psychiatrisch ziekenhuis (2 of meer keer) met een <u>totale verblijfsduur van langer dan 30 maanden</u> ? 0 - ja → (door naar vraag 4) 1 - nee	13
4	Datum van <u>laatste opname</u> : (in het dagziekenhuis/beschermde woonvorm) (maand) (jaar)	14 - 17
4A	Hoeveel jaren geleden is betrokkene voor het laatst ontslagen uit een psychiatrisch ziekenhuis? 0 - minder dan 1 jaar 1 - 1-2 jr. 2 - 2-3 jr. 3 - 3-4 jr. 4 - 4-5 jr. 5 - 5-6 jr. 6 - 6-7 jr. 7 - 7-8 jr. 8 - meer dan 8 jr.	
5	Geboortejaar:	18 - 19

* Weekendverlof, vakantie, ziekte (ziekenhuisopname), interne overplaatsing en overplaatsing vanuit een andere psychiatrische instelling (paaz, psychiatrisch ziekenhuis, verslavingskliniek) wordt daarbij niet beschouwd als een onderbreking van de opname periode.

6 <u>Geslacht</u> 0 - man 1 - vrouw	20
7 <u>Burgerlijke staat</u> 0 - ongehuwd 1 - gehuwd 2 - gescheiden 3 - weduwstaat	21
8 <u>Juridische situatie</u> (nu) 0 - vrijwillig opgenomen 1 - krachtens inbewaringstelling (i.b.s.) 2 - krachtens rechterlijke machtiging 3 - krachtens een strafrechterlijke maatregel	22
9 <u>Psychiatrische hoofddiagnose nu (één mogelijkheid omcirkelen)</u> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> 0 - dementie (seniel & preseniel) 1 - overige organische psychische stoornis (excl. alcohol - en drugspsychose) 2 - schizofrenie 3 - affectieve psychose 4 - overige niet-organische psychose 5 - neurotische/depressieve stoornis 6 - persoonlijkheidsstoornis 7 - stoornis bij alcohol - of druggebruik 8 - zwakzinnigheid 9 - overige stoornissen </div> <div style="text-align: right;"> <u>ICD 9 & DSM III</u> 290 293,294,310 295 296 297,298 300,311 301,302,312 291,292,303-305 317-319 299, 306-309, 313-316 </div> </div>	23
10 Wordt betrokkene in zijn/haar functioneren beperkt door een <u>lichamelijke ziekte of handicap?</u> (incl. epilepsie, maar excl. organische psychische stoornissen en zwakzinnigheid)? 0 - ja 1 - nee ➡ (door naar vraag 11)	24
10a Indien ja, gaarne een omschrijving van de <u>aard van de ziekte/handicap:</u> 	25 - 29

10b	Indien ja, <u>kan betrokkene</u> (met of zonder hulpmiddelen)	
	- <u>zien?</u>	
	0 - goed	30
	1 - gedeeltelijk	
	2 - slecht	
	- <u>horen?</u>	
	0 - goed	31
	1 - gedeeltelijk	
	2 - slecht	
	- <u>spreken?</u>	
	0 - goed	32
	1 - gedeeltelijk	
	2 - slecht	
	- <u>lopen?</u>	
	0 - goed	33
	1 - gedeeltelijk	
	2 - slecht	
11	Heeft betrokkene <u>levende ouders?</u> (inclusief adoptie-ouders)	
	0 - geen ➡ (door naar vraag 12)	34
	1 - één	
	2 - beide	
11a	Hoe is de <u>houding van de ouder(s)</u> ten aanzien van eventueel ontslag naar het ouderlijk huis of onmiddellijke omgeving?	
	0 - aanvaardend	35
	1 - afwerend	
	2 - ambivalent	
	9 - onbekend	
12	Is betrokkene <u>gehuwd of duurzaam samenwonend (>6 mnd.)?</u>	
	0 - nee ➡ (door naar vraag 13)	36
	1 - ja	

12a	Hoe is de <u>houding van de partner</u> ten aanzien van eventueel ontslag naar huis? 0 - aanvaardend 1 - afwerend 2 - ambivalent 9 - onbekend	37
13	Heeft betrokkene <u>levende broers en/of zusters</u> ? 0 - geen → (door naar vraag 14) 1 - één 2 - meer dan één 9 - onbekend → (door naar vraag 14)	38
13a	Hoe is de <u>houding van broers/zusters</u> ten aanzien van eventuele inwoning of wonen in de naaste omgeving? 0 - aanvaardend 1 - afwerend 2 - ambivalent 9 - onbekend	39
14	Heeft betrokkene <u>kinderen (inclusief adoptie)</u> ? 0 - geen → (door naar vraag 15) 1 - één 2 - meer dan één 9 - onbekend → (door naar vraag 15)	40
14a	Hoe is de <u>houding van de kinderen</u> t.a.v. eventuele inwoning of wonen in de naaste omgeving? 0 - aanvaardend 1 - afwerend 2 - ambivalent 9 - onbekend	41
15	Werd betrokkene in de afgelopen 12 mnd. door U of andere leden van het begeleidingsteam geïnformeerd over mogelijkheden van opvang en verblijf buiten de instelling? 0 - uitvoerig 1 - terloops 2 - nee	42

		kolom
16	<p>Werd in de afgelopen 12 mnd. door U of andere leden van het begeleidingsteam met <u>familie- of gezinsleden</u> gesproken over eventuele terugkeer naar het thuismilieu?</p> <p>0 - uitvoerig</p> <p>1 - terloops</p> <p>2 - nee</p> <p>9 - n.v.t. (geen familie/gezin)</p>	43
17	<p>Werd in de afgelopen 12 mnd. een poging ondernomen om betrokkene bij gezin/familie te plaatsen?</p> <p>0 - ja, meer dan één keer</p> <p>1 - ja, één keer</p> <p>2 - nee ➡ (door naar vraag 18)</p> <p>9 - n.v.t. (geen familie/gezin) ➡ (door naar vraag 18)</p>	44
17a	<p>Indien ja, waarom werd betrokkene na korte tijd weer opgenomen?</p> <p><i>Toelichting:</i></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	45 - 46
18	<p>Werd in de afgelopen 12 mnd. een poging ondernomen om betrokkene in een andere voorziening te plaatsen?</p> <p>0 - ja, meer dan één keer</p> <p>1 - ja, één keer</p> <p>2 - nee ➡ (door naar vraag 19)</p>	47
18a	<p>Indien ja, om welke soort voorziening ging het daarbij?</p> <p><i>Voorziening:</i></p> <p>.....</p>	48 - 49
19	<p>Heeft betrokkene in de afgelopen 12 mnd. weekenden (met overnachting) bij familie - of gezinsleden doorgebracht?</p> <p>0 - nee</p> <p>1 - ja, 1-2 keer</p> <p>2 - ja, meer dan 2 keer</p> <p>9 - n.v.t. (geen familie/gezin) ➡ (door naar vraag 21)</p>	50

<p>0 Welke factoren binnen het gezin beïnvloeden in negatieve zin de mogelijkheden tot thuisplaatsing?</p> <p>Gaarne omschrijving:</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	51 - 52
<p>1 Is zelfstandig wonen of wonen bij familie/gezin/vrienden nog één van de doelen bij de huidige begeleiding en behandeling van betrokkene?</p> <p>0 - ja</p> <p>1 - nee</p>	53
<p>2 Zal betrokkene volgens U in de komende 6 maanden uit Uw instelling worden ontslagen?</p> <p>0 - ja</p> <p>1 - misschien</p> <p>2 - nee</p>	54
<p>3 Is betrokkene naar Uw mening bereid toe te werken naar ontslag?</p> <p>0 - ja</p> <p>1 - nee</p>	55
<p>leef ook bij de volgende vragen Uw antwoord door slechts één van de ijfers te omcirkelen.</p>	
<p>4 Komt betrokkene volgens U, gezien zijn/haar huidige fuctioneren, in aanmerking voor:</p> <p>i) <u>zelfstandige kamerbewoning (zonder</u> begeleiding vanuit Riagg of polikliniek)?</p> <p>0 - ja</p> <p>1 - misschien</p> <p>2 - nee</p> <p>ii) <u>zelfstandige kamerbewoning (met</u> begeleiding vanuit Riagg of polikliniek)?</p> <p>0 - ja</p> <p>1 - misschien</p> <p>2 - nee</p>	56
	57

c)	<u>flat/huisbewoning met andere ex-patiënten (zonder begeleiding vanuit Riagg of polikliniek)?</u>	
	0 - ja	
	1 - misschien	
	2 - nee	58
d)	<u>flat/huisbewoning met andere ex-patiënten (met begeleiding vanuit Riagg of polikliniek)?</u>	
	0 - ja	
	1 - misschien	
	2 - nee	59
e)	<u>beschermde samenwonen* in een woonhuis op het terrein van een psychiatrisch ziekenhuis?</u>	
	0 - ja	
	1 - misschien	
	2 - nee	
	9 - n.v.t. (woont reeds in een dergelijke voorziening)	60
f)	<u>beschermde samenwonen* in een woonhuis buiten het terrein van een psychiatrisch ziekenhuis?</u>	
	0 - ja	
	1 - misschien	
	2 - nee	
	9 - n.v.t. (woont reeds in een dergelijke voorziening)	61
g)	<u>psychiatrisch hostel/sluisinternaat (intensieve op ontslag gerichte behandeling in een kleinschalige voorziening)?</u>	
	0 - ja	
	1 - misschien	
	2 - nee	
	9 - n.v.t. (verblijft reeds in een dergelijke voorziening)	62

* onder personele begeleiding

	kolom
<p>h) <u>psychiatrisch dagziekenhuis ('s nachts bij familie/gezin)?</u></p> <p>0 - ja</p> <p>1 - misschien</p> <p>2 - nee</p> <p>8 - n.v.t. (verblijft reeds in een dergelijke voorziening)</p> <p>9 - n.v.t. (geen familie/gezin)</p>	63
<p>i) <u>psychiatrisch dagziekenhuis (in combinatie met a,b,c, of d, zie vorige pagina)?</u></p> <p>0 - ja</p> <p>1 - misschien</p> <p>2 - nee</p> <p>9 - n.v.t. (verblijft reeds in een dergelijke voorziening)</p>	64
<p>j) komt betrokkene in aanmerking voor plaatsing in een andere voorziening dan genoemd onder a t/m i?</p> <p><i>Toelichting:</i></p> <p>.....</p>	65 - 66
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>De volgende drie vragen (25,26 en 27 alleen beantwoorden indien U bij vraag 24b of 24d "ja" of "misschien" heeft aangekruist!</p> </div>	
<p>25 Aan welke voorwaarden dient de hulpverlening vanuit Riagg of polikliniek te voldoen om betrokkene adequaat op te kunnen vangen?</p>	
<p>a) persoonlijk contact tussen bewoner en nazorginstantie voordat het ontslag plaatsvindt</p> <p>0 - niet noodzakelijk</p> <p>1 - aan te bevelen</p> <p>2 - strikte voorwaarde voor ontslag</p>	67
<p>b) een eerste hulpverleningscontact binnen 2 dagen na ontslag</p> <p>0 - niet noodzakelijk</p> <p>1 - aan te bevelen</p> <p>2 - strikte voorwaarde voor ontslag</p>	68

	kolom
c) outreaching (begeleiding/ondersteuning thuis)	
0 - niet noodzakelijk	
1 - aan te bevelen	
2 - strikte voorwaarde voor ontslag	69
d) aggz-hulp als achterwacht gedurende 24-uur per dag (ook weekends) oproepbaar	
0 - niet noodzakelijk	
1 - aan te bevelen	
2 - strikte voorwaarde voor ontslag	70
e) depot-medicatie	
0 - niet noodzakelijk	
1 - aan te bevelen	
2 - strikte voorwaarde voor ontslag	71
f) advisering en ondersteuning bij het verkrijgen van uitkeringen, gezinshulp, e.d.	
0 - niet noodzakelijk	
1 - aan te bevelen	
2 - strikte voorwaarde voor ontslag	72
g) op sociale vaardigheden gerichte ambulante begeleiding/behandeling	
0 - niet noodzakelijk	
1 - aan te bevelen	
2 - strikte voorwaarde voor ontslag	73
h) de aggz-begeleiding dient t.a.v. betrokkene aan andere voorwaarden te voldoen, zoals:	
.....	
.....	
.....	74 - 75
26 Welke instelling voldoet volgens U het beste aan de voorwaarden die U bij vraag 25 heeft aangegeven? (slechts één van de antwoordmogelijkheden aankruisen)	
0 - Rlagg (of één van de teams daarbinnen)	
1 - Polikliniek psychiatrisch ziekenhuis	
2 - anderszins, nl.	76
27 Bent U van mening dat de door U genoemde instelling (bij vraag 26) met betrekking tot beschikbare tijd en middelen reeds nu aan de door U onder vraag 25 genoemde voorwaarden kan voldoen?	
0 - ja	
1 - misschien	
2 - nee	77

Dit was het laatste item van deze vragenlijst, en wij willen U dan ook hartelijk bedanken voor de beantwoording van de vragen.
Eventuele opmerkingen t.a.v. de vragenlijst worden zeer op prijs gesteld:

.....
.....
.....
.....

Zou U tenslotte hieronder nog de datum van invulling, Uw naam en functie willen vermelden?

datum:

naam:

functie:

78 - 80

Voor eventuele vragen t.a.v. de vragenlijst kunt U contact opnemen met:

Drs. M.J. Haveman
Capaciteitsgroep Epidemiologie
Rijksuniversiteit Limburg
Tel.: 043 - 888159

Drs. Poelijoe
Capaciteitsgroep Epidemiologie
Rijksuniversiteit Limburg
Tel.: 043 - 888145

BVLAGE 2

VRAGENLIJST ONDERZOEK LONG-STAY PSYCHIATRIE (VOL. II)

(Verpleegkundige/mentor)

Naam patiënt:
Geslacht:
Geboortedatum:
Opnamedatum:
Verblijfplaats in de instelling:
Onderzoeknummer:
Naam respondent:
Functie:

Schutblad na invulling afscheuren en de ingevulde vragenlijst d.m.v. bijgevoegde enveloppe retourneren.

HANDLEIDING:

- geef een oordeel over de toestand tijdens de laatste 4 weken voor het onderzoek (tenzij anders is aangegeven);
- omschrijf deze toestand zo nauwkeurig mogelijk door bij elke uitspraak slechts één van de cijfers te omcirkelen;
- geef op alle punten een beoordeling, ook in geval van twijfel; vermeld eventuele problemen met de invulling op p. 13;
- kijk de ingevulde vragenlijst nog eens door op eventuele onvolledige en onnauwkeurige antwoorden.

VRAGENLIJST ONDERZOEK LONG-STAY PSYCHIATRIE (VOL II)

(Verpleegkundige/mentor)

		kolom
functie:		1 - 2
resp./krt.nr. 2		3
codenr. instelling:		4 - 5
onderzoeknummer:		6 - 8
verblijfsduurgroep:		9
		10
<p>Zou U terugkijkend op de afgelopen 4 weken (tenzij anders aangegeven) <u>steeds het cijfer vóór het volgens U juiste antwoord willen omcirkelen.</u></p> <p>De items 1 t/m 39 hebben betrekking op hulpbehoefvendheid, lichamelijke invaliditeit, acting-out gedrag e.d..</p>		
		BOP 1-35
<p>1 Bedreigt anderen door woord (bijv. "ik zal je krijgen") of gebaar (bijv. vuist schudden).</p> <p>0 - nooit</p> <p>1 - soms</p> <p>2 - dikwijls (meer dan twee keer in de maand)</p>		11
<p>2 Beschuldigt anderen ervan, dat zij hem/haar op de een of andere manier kwaad berokkenen (bijv. slaan of bestelen), terwijl dit niet waar is.</p> <p>0 - nooit</p> <p>1 - soms</p> <p>2 - dikwijls (meer dan 2 keer in de maand)</p>		12
<p>3 Heeft hulp bij het eten nodig.</p> <p>0 - geen hulp (eet zelf)</p> <p>1 - een beetje hulp (bijv. moet aangemoedigd worden)</p> <p>2 - veel hulp (bijv. moet gevoerd worden)</p>		13
<p>4 Is overdag incontinent voor urine en/of faeces.</p> <p>0 - nooit</p> <p>1 - soms (één of twee keer in de maand)</p> <p>2 - dikwijls (meer dan twee keer in de maand, of heeft een katheter)</p>		14

<p>5 Slaat of schopt anderen.</p> <p>0 - nooit</p> <p>1 - soms</p> <p>2 - dikwijls (meer dan 2 keer in de maand)</p>	15
<p>6 Er zijn speciale voorzieningen nodig om te voorkomen dat hij/zij van de stoel valt.</p> <p>0 - nooit</p> <p>1 - soms</p> <p>2 - dikwijls</p>	16
<p>7 Gedraagt zich overdag hinderlijk ten opzichte van andere bewoners (bijv. luid of aan een stuk door praten, dingen van anderen pakken, zich met andermans zaken bemoeien).</p> <p>0 - nooit</p> <p>1 - soms</p> <p>2 - dikwijls (meer dan 2 keer in de maand)</p>	17
<p>8 Is somber of verdrietig.</p> <p>0 - nooit</p> <p>1 - soms</p> <p>2 - dikwijls/voortdurend.</p>	18
<p>9 Kan lopen.</p> <p>0 - zonder moeite</p> <p>1 - langzaam zonder hulp, of met een stok</p> <p>2 - helemaal niet, of alleen met ondersteuning (bijv. menselijke hulp, looprek)</p>	19
<p>10 Kan anderen duidelijk maken wat hij/zij bedoelt (door spreken, schrijven of gebaren).</p> <p>0 - altijd</p> <p>1 - soms</p> <p>2 - bijna nooit</p>	20
<p>11 Weet in het tehuis of de inrichting de weg te vinden (bijv. naar zijn/haar kamer, het toilet, zijn/haar plaats aan tafel).</p> <p>0 - over het algemeen wel</p> <p>1 - sommige plaatsen wel, andere niet</p> <p>2 - over het algemeen niet</p>	21
<p>12 Beseft in wat voor soort tehuis of inrichting hij/zij is.</p> <p>0 - altijd</p> <p>1 - soms</p> <p>2 - nooit</p>	22

<p>13 Kent het personeel bij naam.</p> <p>0 - meer dan één personeelslid</p> <p>1 - slechts één personeelslid</p> <p>2 - geen enkel personeelslid</p>	23
<p>14 Begrijpt wat U hem/haar duidelijk wilt maken (U mag daarbij spreken, schrijven of gebaren).</p> <p>0 - altijd</p> <p>1 - soms</p> <p>2 - nooit</p>	24
<p>15 Helpt op de afdeling (bijv. afwassen, bloemen verzorgen, stoffen) of elders (bijv. tuin, wasserij, naaikamer).</p> <p>0 - dikwijls (meer dan 2 keer in de maand)</p> <p>1 - soms</p> <p>2 - nooit</p>	25
<p>16 Uit lichamelijke klachten (zonder dat daarvoor een oorzaak c.q. aanleiding bestaat).</p> <p>0 - nooit</p> <p>1 - soms</p> <p>2 - dikwijls</p>	26
<p>17 Reageert op het noemen van zijn/haar naam.</p> <p>0 - altijd</p> <p>1 - soms</p> <p>2 - nooit</p>	27
<p>18 Is ook buiten de therapie actief (bijv. werken, lezen, spelletjes doen, hobbies, met anderen praten).</p> <p>0 - altijd</p> <p>1 - soms</p> <p>2 - nooit</p>	28
<p>19 Huilt bij de geringste aanleiding.</p> <p>0 - nooit</p> <p>1 - soms</p> <p>2 - dikwijls</p>	29
<p>20 Gaat met één of meer bewoners om.</p> <p>0 - dikwijls (grootste gedeelte <u>van de dag</u>)</p> <p>1 - soms</p> <p>2 - nooit</p>	30

<p>21 Urineert of deponeert faeces op plaatsen, die daarvoor niet bestemd zijn.</p> <p>0 - nooit</p> <p>1 - soms (1 of 2 keer in de maand)</p> <p>2 - dikwijls (meer dan 2 keer in de maand)</p>	31
<p>22 Helpt andere bewoners wel eens ongevraagd een handje (bijv. wandelen, eten, spel e.d.).</p> <p>0 - dikwijls (meer dan 1 keer <u>per dag</u>)</p> <p>1 - soms</p> <p>2 - nooit</p>	32
<p>23 Is bereid te doen wat hem/haar gevraagd wordt.</p> <p>0 - dikwijls</p> <p>1 - soms</p> <p>2 - nooit</p>	33
<p>24 Komt buiten het terrein van de instelling.</p> <p>0 - dikwijls (<u>bijna iedere dag</u>)</p> <p>1 - soms</p> <p>2 - nooit</p>	34
<p>25 Maakt steeds dezelfde overbodige bewegingen (bijv. heen en weer lopen, op en neer wiegen, handen wringen, plukken aan kleding).</p> <p>0 - nooit</p> <p>1 - soms</p> <p>2 - dikwijls (meerdere keren <u>per dag</u>)</p>	35
<p>26 Maakt geluiden die tot niemand in het bijzonder zijn gericht (bijv. schreeuwen, kreunen, mompelen).</p> <p>0 - nooit</p> <p>1 - soms</p> <p>2 - dikwijls (meerdere keren <u>per dag</u>)</p>	36
<p>27 Knoopt uit zichzelf een praatje aan met andere bewoners.</p> <p>0 - dikwijls (meerdere keren <u>per dag</u>)</p> <p>1 - soms</p> <p>2 - nooit</p>	37
<p>28 Mag de straat op.</p> <p>0 - zonder toezicht</p> <p>1 - alleen in gezelschap van een ander</p> <p>2 - helemaal niet</p>	38

29 Maakt zich gauw kwaad. 0 - nooit 1 - soms 2 - dikwijls	39
30 Zit overdag te suffen. 0 - nooit 1 - soms 2 - dikwijls (grootste gedeelte <u>van de dag</u>)	40
31 Heeft bij het aankleden hulp nodig. 0 - geen hulp 1 - een beetje hulp 2 - volledige hulp	41
32 Is 's nachts incontinent voor urine en/of faeces. 0 - nooit 1 - soms (1 of 2 keer in de maand) 2 - dikwijls (meer dan 2 keer in de maand, of heeft een katheter)	42
33 Er zijn speciale voorzieningen nodig om te voorkomen dat hij/zij uit bed valt (bijv. een opstaande rand). 0 - nooit 1 - soms 2 - dikwijls	43
34 Gedraagt zich 's nachts onaangenaam voor andere bewoners (bijv. luid of aan een stuk door praten, rondlopen, in het bed van een ander kruipen). 0 - nooit 1 - soms (minder dan 4 keer in de maand) 2 - dikwijls (4 of meer keer in de maand)	44
35 Is 's nachts onrustig (roken, vaak naar toilet, weglopen e.d.). 0 - nooit 1 - soms 2 - dikwijls (meer dan 2 keer <u>in de week</u>)	45
36 Spreekt de Nederlandse taal (incl. dialect). 0 - goed 1 - gebrekkig (enkele woorden) 2 - niet (alleen buitenlandse taal, stom)	46

<p>37 Verstaat de Nederlandse taal.</p> <p>0 - goed</p> <p>1 - gebrekkig (enkele woorden)</p> <p>2 - niet (alleen buitenlandse taal, volledig doof)</p>	47
<p>38 Heeft in de <u>afgelopen 3 maanden</u> gedreigd met suicide.</p> <p>0 - nooit</p> <p>1 - soms (1 keer)</p> <p>2 - dikwijls (meer dan 1 keer)</p>	48
<p>39 Heeft in de <u>afgelopen 3 maanden</u> suicidepoging(en) ondernomen.</p> <p>0 - nooit</p> <p>1 - soms (1 keer)</p> <p>2 - dikwijls (meer dan 1 keer)</p>	49
<p>De items 40 t/m 43 geven een aantal <i>potentiële sociale vaardigheden</i> aan die belangrijk zijn om zelfstandig te kunnen leven. Gevraagd wordt een inschatting te geven van de <i>mogelijkheden</i> van betrokkene. Voor een adequate beantwoording is het noodzakelijk om per vraag de handleiding op pag. 14 te raadplegen.</p>	
<p>40 Zal in staat zijn om van het openbaar vervoer gebruik te maken.</p> <p>0 - goed</p> <p>1 - gedeeltelijk</p> <p>2 - niet</p>	50
<p>41 Zal in staat zijn om een eenvoudige warme maaltijd te bereiden.</p> <p>0 - goed</p> <p>1 - gedeeltelijk</p> <p>2 - niet</p>	51
<p>42 Zal in staat zijn om boodschappen te doen.</p> <p>0 - goed</p> <p>1 - gedeeltelijk</p> <p>2 - niet</p>	52
<p>43 Zal in staat zijn zelf iemand op te bellen.</p> <p>0 - goed</p> <p>1 - gedeeltelijk</p> <p>2 - niet</p>	53

Met de items 44 t/m 61 wordt gevraagd naar de <u>contactfrequentie en -intensiteit</u> van de bewoner <u>met dingen, gebeurtenissen en personen buiten de instelling</u> .	
<p>44 Telefoonert zelf met anderen (kennissen, vrienden, familie).</p> <p>0 - dikwijls (meer dan 2 keer in de maand)</p> <p>1 - soms (1 of 2 keer in de maand)</p> <p>2 - nooit</p>	54
<p>45 Wordt door anderen opgebeld (kennissen, vrienden, familie).</p> <p>0 - dikwijls (meer dan 2 keer in de maand)</p> <p>1 - soms (1 of 2 keer in de maand)</p> <p>2 - nooit</p>	55
<p>46 Schrijft anderen brieven of kaarten.</p> <p>0 - dikwijls (meer dan 2 keer in de maand)</p> <p>1 - soms (1 of 2 keer in de maand)</p> <p>2 - nooit</p>	56
<p>47 Krijgt brieven en kaarten toegestuurd.</p> <p>0 - dikwijls (meer dan 2 keer in de maand)</p> <p>1 - soms (1 of 2 keer in de maand)</p> <p>2 - nooit/zeer zelden</p>	57
<p>48 Gaat midden in de week op bezoek bij personen (kennissen, vrienden, familie) die buiten de instelling wonen.</p> <p>0 - dikwijls (meer dan 2 keer in de maand)</p> <p>1 - soms (1 of 2 keer in de maand)</p> <p>2 - nooit/zeer zelden</p>	58
<p>49 Blijft het gehele weekend bij familie, vrienden of kennissen.</p> <p>0 - dikwijls (meer dan 1 keer in de maand)</p> <p>1 - soms (1 keer in de maand)</p> <p>2 - nooit/zeer zelden</p>	59
<p>50 Krijgt bezoek van kennissen, vrienden of familie die buiten de instelling wonen.</p> <p>0 - dikwijls (meer dan 2 keer in de maand)</p> <p>1 - soms (1 of 2 keer in de maand)</p> <p>2 - nooit/zeer zelden</p>	60

<p>51 Gaat op vakantie.</p> <p>0 - dikwijls (bijna ieder jaar)</p> <p>1 - soms</p> <p>2 - nooit</p>	61
<p>52 Bezoekt bioscoop, theater, concert of kerk buiten het terrein.</p> <p>0 - dikwijls (meer dan 2 keer in de maand)</p> <p>1 - soms (1 of 2 keer in de maand)</p> <p>2 - nooit</p>	62
<p>53 Doet mee aan uitstapjes georganiseerd door de instelling.</p> <p>0 - altijd</p> <p>1 - soms</p> <p>2 - nooit</p>	63
<p>54 Onderneemt <i>zonder personele begeleiding</i> activiteiten (bijv. fietsen, wandelen, zwemmen) buiten het instellingsterrein.</p> <p>0 - dikwijls (meer dan twee keer in de maand)</p> <p>1 - soms (1 of 2 keer in de maand)</p> <p>2 - nooit/zeer zelden</p>	64
<p>55 Onderneemt samen <i>met personeel</i> activiteiten (bijv. fietsen, zwemmen, wandelen) buiten het instellingsterrein.</p> <p>0 - dikwijls (meer dan 2 keer in de maand)</p> <p>1 - soms (1 of 2 keer in de maand)</p> <p>2 - nooit/zeer zelden</p>	65
<p>56 Doet boodschappen buiten het terrein van de instelling.</p> <p>0 - dikwijls (meer dan 2 keer in de maand)</p> <p>1 - soms (1 of 2 keer in de maand)</p> <p>2 - nooit/zeer zelden</p>	66
<p>57 Verricht betaald of onbetaald werk buiten de instelling (bijv. sociale werkplaats, baan, klusjes).</p> <p>0 - dikwijls (meer dan 4 keer in de maand)</p> <p>1 - soms (1 tot 4 keer in de maand)</p> <p>2 - nooit</p>	67
<p>58 Leest de krant.</p> <p>0 - dikwijls (bijna dagelijks)</p> <p>1 - soms</p> <p>2 - nooit</p>	68

<p>59 Leest tijdschriften (week- of hobbybladen).</p> <p>0 - dikwijls (meer dan vier keer in de maand)</p> <p>1 - soms (minder dan vier keer in de maand)</p> <p>2 - nooit/zeer zelden</p>	69
<p>60 Kijkt televisie.</p> <p>0 - dikwijls (bijna dagelijks)</p> <p>1 - soms</p> <p>2 - nooit</p>	70
<p>61 Praat met personeel of medebewoners over gebeurtenissen (vernomen via krant, radio, t.v.) buiten de instelling.</p> <p>0 - dikwijls (bijna dagelijks)</p> <p>1 - soms</p> <p>2 - nooit</p>	71
<p>62 Werd betrokkene in de afgelopen 12 mnd. door U of andere leden van het begeleidingsteam geïnformeerd over mogelijkheden van opvang en verblijf buiten de instelling?</p> <p>0 - uitvoerig</p> <p>1 - terloops</p> <p>2 - nee</p>	72
<p>63 Werd in de afgelopen 12 mnd. door U of andere leden van het begeleidings-team met <u>familie- of gezinsleden</u> gesproken over eventuele terugkeer naar het thuismilieu?</p> <p>0 - uitvoerig</p> <p>1 - terloops</p> <p>2 - nee</p> <p>9 - n.v.t. (geen familie/gezin)</p>	73
<p>64 Werd in de afgelopen 12 mnd. een poging ondernomen om betrokkene bij gezin/familie te plaatsen?</p> <p>0 - ja, meer dan één keer</p> <p>1 - ja, één keer</p> <p>2 - nee</p> <p>9 - n.v.t. (geen familie/gezin)</p>	74
<p>65 Werd in de afgelopen 12 mnd. een poging ondernomen om betrokkene in een beschermende woonvorm of psychiatrisch dag-/nachtziekenhuis te plaatsen?</p> <p>0 - ja, meer dan één keer</p> <p>1 - ja, één keer</p> <p>2 - nee</p> <p>9 - n.v.t. (betrokkene verblijft reeds in een dergelijke voorziening)</p>	75

65a Indien ja, om welk soort voorziening ging het daarbij? Toelichting:		76
65b Indien ja, welke factoren belemmerden definitieve plaatsing? Toelichting:		77 - 79
66 Zal betrokkene volgens u in de komende 6 maanden uit Uw instelling worden ontslagen? 0 - ja 1 - misschien 2 - nee		80
Graag steeds één van de cijfers voor de drie antwoordmogelijkheden omcirkelen.	functie . resp./krt.nr. 3 codenr. inst. . . onderz.nr. . . .	1 - 2 3 4 - 5 6 - 8
67 Komt betrokkene volgens u, gezien zijn/haar huidige functioneren in aanmerking voor: a) zelfstandige kamerbewoning (<u>zonder</u> begeleiding vanuit Riagg of polikliniek) 0 - ja 1 - misschien 2 - nee b) zelfstandige kamerbewoning (<u>met</u> begeleiding vanuit Riagg of polikliniek) 0 - ja 1 - misschien 2 - nee c) flat-/huisbewoning met andere ex-patiënten (<u>zonder</u> begeleiding vanuit Riagg of polikliniek) 0 - ja 1 - misschien 2 - nee d) flat-/huisbewoning met andere ex-patiënten (<u>met</u> begeleiding vanuit Riagg of polikliniek) 0 - ja 1 - misschien 2 - nee		9

vervolg vraag 67: Komt betrokkene volgens u, gezien zijn/haar huidige functioneren, in aanmerking voor:

- e) beschermd samenwonen* in een woonhuis op het terrein van een psychiatrisch ziekenhuis

0 - ja

1 - misschien

2 - nee

9 - n.v.t. (woont reeds in een dergelijke voorziening)

13

- f) beschermd samenwonen* in een woonhuis buiten het terrein van een psychiatrisch ziekenhuis

0 - ja

1 - misschien

2 - nee

9 - n.v.t. (woont reeds in een dergelijke voorziening)

14

- g) psychiatrisch hostel/sluisinternaat (intensieve op ontslag gerichte behandeling)

0 - ja

1 - misschien

2 - nee

9 - n.v.t. (verblijft reeds in een dergelijke voorziening)

15

- h) psychiatrisch dagziekenhuis ('s nachts bij familie/gezin)

0 - ja

1 - misschien

2 - nee

8 - n.v.t. (verblijft reeds in een dergelijke voorziening)

9 - n.v.t. (geen familie/gezin)

16

- i) psychiatrisch dagziekenhuis (in combinatie met a, b, c of d; zie vorige pagina)

0 - ja

1 - misschien

2 - nee

9 - n.v.t. (verblijft reeds in een dergelijke voorziening)

17

- j) komt betrokkene in aanmerking voor plaatsing in een andere voorziening dan genoemd onder a t/m i?

.....

.....

18 - 19

68 Is zelfstandig wonen of wonen bij familie/gezin/vrienden nog één van de doelen bij de huidige begeleiding en behandeling van betrokkene?

0 - ja

1 - nee

20

69 Is betrokkene naar uw mening bereid toe te werken naar ontslag? 0 - ja 1 - nee	21
70 Heeft betrokkene een eigen bank- of girorekening (incl. dependance van bank in het psychiatrisch ziekenhuis)? 0 - ja 1 - nee	22
70a Indien ja, kan betrokkene naar eigen goeddunken over de gestorte bedragen beschikken? 0 - ja 1 - nee 9 - n.v.t.	23
71 Is betrokkene in de afgelopen 12 mnd. één week of meer op vakantie geweest? 0 - ja, alleen 1 - ja, samen met andere patiënten (zonder personeel) 2 - ja, samen met andere patiënten (met personeel) 3 - ja, samen met gezins- of familieleden 4 - ja, samen met kennissen of vrienden 5 - nee	24
72 Stel dat betrokkene graag 2 weken op vakantie wil gaan naar één van de Nederlandse eilanden: a) Zou u bezwaar maken indien hij/zij alleen wil gaan? 0 - nee 1 - ja	25
b) Zou u bezwaar maken indien hij/zij met andere bewoners wil gaan, maar zonder personeel? 0 - nee 1 - ja	26
c) Zou u bezwaar maken indien hij/zij samen met gezins- of familieleden wil gaan? 0 - nee 1 - ja	27
d) Zou u bezwaar maken indien hij/zij samen met andere bewoners wil gaan, maar met personeel? 0 - nee 1 - ja	28

Met dit item zijn wij tevens aan het einde gekomen van deze vragenlijst. Wij willen u dan ook hartelijk bedanken voor de beantwoording van de vragen. Eventuele opmerkingen t.a.v. de vragenlijst worden zeer op prijs gesteld:

Zou u tenslotte hieronder nog de datum van invulling, uw naam en functie willen vermelden:

Datum:

29 - 30

Naam :

Functie/opleiding:

31 - 32

Voor eventuele vragen t.a.v. de vragenlijst kunt u contact opnemen met:

Drs. M.J. Haveman.
Capaciteitsgroep Epidemiologie
Rijksuniversiteit Limburg
Tel. 043 - 888159

Drs. N. Poelijoe
Capaciteitsgroep Epidemiologie
Rijksuniversiteit Limburg
Tel. 043 - 888145

Handleiding potentiële sociale vaardigheden (items 40 – 43).

ad 40: Onder gebruikmaken van openbaar vervoer worden alle handelingen verstaan die iemand moet verrichten om zich met bus, tram of trein over een van te voren bepaalde route te verplaatsen.

- Goed in staat tot gebruikmaken van openbaar vervoer: betrokkene zal geheel zelfstandig de juiste bus, tram of trein kiezen naar meerdere bestemmingen, kaartje/strippenkaart kopen en op de juiste bestemming uitstappen.
- Gedeeltelijk in staat tot gebruikmaking van openbaar vervoer: betrokkene zal alleen de bus, tram of trein naar één bestemming weten te vinden, nog wel eens op een andere bestemming aankomen, of bij een enkele handeling hulp nodig hebben.
- Niet in staat tot gebruikmaken van openbaar vervoer: betrokkene zal alleen onder begeleiding van anderen kunnen reizen.

ad 41: Onder bereiden van een eenvoudige warme maaltijd worden alle handelingen verstaan die iemand moet verrichten om een één-pans-gerecht (b.v. macaroni, boerenkool e.d.) klaar te maken.

- Goed in staat tot het bereiden van een eenvoudige warme maaltijd: betrokkene zal zonder hulp of begeleiding gebruik kunnen maken van een elektrisch- of gas-kookstel, de groente snijden en wassen, de benodigde hoeveelheid ingrediënten goed bepalen; de voorbereiding zal plaats vinden in de juiste volgorde met een aanvaardbaar resultaat.
- Gedeeltelijk in staat tot het bereiden van een eenvoudige warme maaltijd: betrokkene zal onder hulp of begeleiding een eetje kunnen bakken of soep uit blik of pakje bereiden. Voor het bereiden van een één-pans-gerecht zal betrokkene echter bij enkele handelingen hulp nodig hebben.
- Niet in staat tot het bereiden van een eenvoudige warme maaltijd: betrokkene zal aangewezen zijn op het koken door anderen.

ad 42: Onder boodschappen doen worden alle handelingen verstaan die iemand moet verrichten om dagelijkse gebruiksgoederen (levensmiddelen, kleding, briefpapier, e.d.) te kunnen kopen.

- Goed in staat boodschappen te doen: betrokkene zal in staat zijn om een bedrag van ca. f 75,- per week zelfstandig te beheren en op een aanvaardbare manier te besteden aan dagelijkse gebruiksgoederen. Aan een bepaald produkt (alcohol, zeep, drop e.d.) zal niet buiten alle proporties geld worden besteed. Betrokkene zal een boodschappenlijst kunnen samenstellen, de produkten op vermoedelijke kostprijzen schatten, de betreffende winkels weten te vinden, afrekenen en weten of het wisselgeld juist is teruggegeven.
- Gedeeltelijk in staat tot boodschappen doen: betrokkene zal bij enkele bovengenoemde handelingen hulp nodig hebben.
- Niet in staat tot boodschappen doen: betrokkene zal bovengenoemde handelingen niet of alleen onder begeleiding kunnen verrichten.

ad 43: Onder in staat zijn om zelf iemand op te bellen worden alle handelingen verstaan die verricht moeten worden om met een telefoonapparaat (b.v. vanuit een telefooncel) een gesprek te kunnen voeren.

- Goed in staat zelf te telefoneren: betrokkene zal belangrijke telefoonnummers kunnen opzoeken of onthouden, hoorn van de haak nemen, met gepast geld betalen, cijfers in de goede volgorde kiezen, en voor een ander begrijpelijke informatie kunnen overbrengen (b.v. ik kom morgen op bezoek).
- Gedeeltelijk in staat zelf te telefoneren: betrokkene zal bij een enkele handeling hulp nodig hebben.
- Niet in staat zelf te telefoneren: betrokkene zal bij bijna alle handelingen hulp van anderen nodig hebben, of geen informatie kunnen overbrengen.

BILAGE 3

VRAGENLIJST ONDERZOEK LONG-STAY PSYCHIATRIE (VOL III)

PATIËNTNUMMER:

NAAM INSTELLING:

NAAM AFDELING:

1. VINDT U DE HUISKAMER OP AI
LEUK?

HELEMAAL NIET LEUK	EEN BEETJE LEUK	NOGAL LEUK	HEEL LEUK
--------------------------	--------------------	---------------	--------------

2. ZOU U GRAAG VAN AI
WEG WILLEN?

ZEKER NIET	WAARSCHIJNLIJK NIET	WAARSCHIJNLIJK WEL	ZEKER WEL
---------------	------------------------	-----------------------	--------------

3. HOE PRETTIG VINDT U HET OP AI ?

HELEMAAL NIET PRETTIG	EEN BEETJE PRETTIG	NOGAL PRETTIG	HEEL PRETTIG
-----------------------------	-----------------------	------------------	-----------------

4. BENT U TEVREDEN MET HET LEVEN DAT U
MOMENTEEL OP AI LEIDT?

HELEMAAL NIET TEVREDEN	EEN BEETJE TEVREDEN	NOGAL TEVREDEN	HEEL TEVREDEN
---------------------------	------------------------	-------------------	------------------

5. VINDT U HET WEL EENS VERVELEND OP ^{AI} ?

NOOIT	ZELDEN	VAAK	ALTIJD
-------	--------	------	--------

6. VOELT U ZICH GEWOONLIJK OP UW GEMAK IN
DE OMGANG MET MEDEBEWONERS?

NOOIT	ZELDEN	VAAK	ALTIJD
-------	--------	------	--------

7. ZOU U MET DE NODIGE HULP ZELFSTANDIG
WILLEN WONEN?

ZEKER NIET	WAARSCHIJNLIJK NIET	WAARSCHIJNLIJK WEL	ZEKER WEL
---------------	------------------------	-----------------------	--------------

8. VINDT U DE MEDEBEWONERS OP AI
 IN HET ALGEMEEN AARDIGER DAN BEWONERS
 VAN ANDERE AFDELINGEN?

NOOIT	ZELDEN	VAAK	ALTIJD
-------	--------	------	--------

9. ZOU U HET PRETTIG VINDEN OM BUITEN
 AI
 TE WERKEN?

HELEMAAL NIET PRETTIG	EEN BEETJE PRETTIG	NOGAL PRETTIG	HEEL PRETTIG
-----------------------------	-----------------------	------------------	-----------------

10. HOE VINDT U DE SFEER OP AI ?

SLECHT	VRIJ SLECHT	VRIJ GOED	GOED
--------	----------------	--------------	------

11. ZOU U HET VERVELEND VINDEN ALS IEMAND
TEGEN U ZEI DAT U BEST UIT
WEG ZOU KUNNEN?

HELEMAAL NIET VERVELEND	EEN BEETJE VERVELEND	NOGAL VERVELEND	HEEL VERVELEND
----------------------------	-------------------------	--------------------	-------------------

12. VOELT U ZICH OP AI
THUIS?

NOOIT	ZELDEN	VAAK	ALTIJD
-------	--------	------	--------

13. ZIJN UW MEDEBEWONERS OVER HET
ALGEMEEN AARDIG VOOR U?

NOOIT	ZELDEN	VAAK	ALTIJD
-------	--------	------	--------

14. ZOU U SAMEN MET ANDERE MENSEN BUITEN
WILLEN WONEN?

ZEKER NIET	WAARSCHIJNLIJK NIET	WAARSCHIJNLIJK WEL	ZEKER WEL
---------------	------------------------	-----------------------	--------------

15. VINDT U HET VERVELEND HIER TE MOETEN
WONEN?

HELEMAAL NIET VERVELEND	EEN BEETJE VERVELEND	NOGAL VERVELEND	HEEL VERVELEND
-------------------------------	----------------------------	--------------------	-------------------

16. ZOU U HET PRETTIG VINDEN OM BUITEN
..... TE GAAN WONEN?

HELEMAAL NIET PRETTIG	EEN BEETJE PRETTIG	NOGAL PRETTIG	HEEL PRETTIG
-----------------------------	--------------------------	------------------	-----------------

17. KUNT U MET PROBLEMEN BIJ IEMAND
VAN HET PERSONEEL TERECHT?

NOOIT	ZELDEN	VAAK	ALTIJD
-------	--------	------	--------

18. HEBT U WEL EENS HET IDEE, DAT UW BESTE
VRIENDEN EIGENLIJK OP^{AI} ZITTEN?

NOOIT	ZELDEN	VAAK	ALTIJD
-------	--------	------	--------

19. HEBT U WEL EENS HET GEVOEL DAT U LIEVER
ERGENS ANDERS ZOU GAAN WONEN?

NOOIT	ZELDEN	VAAK	ALTIJD
-------	--------	------	--------

20. HOE KOMT U DE WEEKEINDEN OP
DOOR?

SLECHT	VRIJ SLECHT	VRIJ GOED	GOED
--------	----------------	--------------	------

21. DENKT U WEL EENS DAT U VOORLOPIG OP
ZULT MOETEN BLIJVEN?

NOOIT	ZELDEN	VAAK	ALTIJD
-------	--------	------	--------

22. BENT U TIJDENS HET VERBLIJF IN
ER OP VOORUIT GEGAAN?

HELEMAAL NIET	WEINIG	NOGAL	VEEL
------------------	--------	-------	------

23. ALS FAMILIE OF KENNISSEN U EEN BEETJE
 ZOUDEN HELPEN, ZOU U DAN BEST VAN
^{AI} WEG WILLEN?

ZEKER NIET	WAARSCHIJNLIJK NIET	WAARSCHIJNLIJK WEL	ZEKER WEL
---------------	------------------------	-----------------------	--------------

24. VINDT U DE MENSEN DIE OP^{AI}
 WERKEN AARDIG?

HELEMAAL NIET AARDIG	EEN BEETJE AARDIG	NOGAL AARDIG	HEEL AARDIG
----------------------------	-------------------------	-----------------	----------------

25. ZOU U HET PRETTIG VINDEN OM WAT MEER
 DINGEN ZELF TE GAAN REGELEN?

HELEMAAL NIET PRETTIG	EEN BEETJE PRETTIG	NOGAL PRETTIG	HEEL PRETTIG
-----------------------------	--------------------------	------------------	-----------------

BILAGE 4

	H ₁	A	ISI	H ₂	LI	H ₃	H ₄	H ₅	D
<u>Agressiviteit(2)</u>									
1 -bedreigt anderen		0.83							
2 -beschuldigt anderen		0.76							
5 -slaat of schopt anderen		0.55							
7 -hinderlijk gedrag overdag		0.64							
29 -maakt zich gauw kwaad		0.70							
<u>Lichamelijke invaliditeit(3a)</u>									
6 -speciale voorzieningen stoel					0.60				
9 -kan lopen					0.64				
(31)-hulp bij aankleden nodig	+								
<u>Depressief gedrag(3b)</u>									
8 -is somber of verdrietig									0.72
16 -uit lichamelijke klachten									0.63
19 -huijt snel									0.71
<u>Psychische invaliditeit(3c)</u>									
(12)-besef over aard instelling	+								
(13)-kent personeel bij naam	+					+			
(14)-begripsvermogen						+			
(17)-reageert op noemen naam									
<u>Inactiviteit(4)</u>									
15 -helpt op de afdeling	0.62								
(18)-zinvol bezig buiten therapie	+		+						
(20)-omgaan met bewoners			+						
(22)-ongevraagd bewoners helpen			+						
23 -komt buiten									
(27)-praat met bewoners			+				+		
(28)-mag de straat op	+								
VP	5.28	2.86	2.58	2.55	2.39	2.37	2.15	1.97	1.91

+ = zie waarde zoals bij dit item in deze kolom is aangegeven.

BDLAGE 5

Bijlage 5

Instellingenrespons: Beschermende woonvormen.

Aselecte steekproef van 36 instellingen van de 120 (T.S.M.D.-lijst). Van deze 36 steekproefinstellingen vielen 6 na een eerste contact met de instelling af:

- 2 instellingen omdat zij inmiddels niet via de TSMD werden gefinancierd,
- 1 instelling was inmiddels opgeheven,
- 1 instelling omdat deze had deelgenomen aan het vooronderzoek, en
- 2 instellingen omdat zij bijna uitsluitend functioneerden voor geestelijk gehandicapten of demente bejaarden.

De gecorrigeerde steekproef van instellingen omvatte dus in totaal 30 beschermende woonvormen.

Respons.

- | | |
|---|-----|
| - 21 instellingen met doelgroepbewoners | 70% |
| - 2 instellingen zonder doelgroepbewoners | 7% |

Non-respons.

23%

- 4 instellingen (bewoners zagen van deelname af)
- 3 instellingen (leiding achtte deelname niet wenselijk).

Instellingenrespons: Psychiatrische dagziekenhuizen

Van de 62 ziekenfondserkende instellingen voor psychiatrische dagbehandeling (Ministerie WVC, 1983b) werden 37 instellingen tot het steekproefkader gerekend en 25 niet. Van de laatstgenoemde voorzieningen waren 10 categoriaal (kinder- en jeugdpsychiatrie e.d.) en vervulden 15 voornamelijk of uitsluitend een primaire dagbehandelingsfunctie (Scheffer & Van den Hout, 1981).

Het totaal te benaderen voorzieningen was dus 37.

Respons

- | | |
|---|-----|
| - 16 instellingen met doelgroeppatiënten | 43% |
| - 15 instellingen zonder doelgroeppatiënten | 41% |

Non-respons

16%

- 4 instellingen hadden naar eigen opgaaf vanwege personeelsgebrek onvoldoende tijd voor deelname
- 2 instellingen namen reeds deel aan een ander onderzoek en hadden hierdoor naar eigen opgaaf onvoldoende tijd voor deelname.

BOLAGE 6

Bijlage 6: Correlatiematrix voor de variabelen van de multiple
logistische regressie.

	LFT	PSV	THM	AGR	VBD	DOA	HA	HO	SZF
LFT	1.00								
PSV	-.43	1.00							
THM	.44	-.24	1.00						
AGR	.06	.19	.05	1.00					
VBD	.53	-.46	.41	-.03	1.00				
DOA	.34	-.31	.18	-.10	.22	1.00			
HA	-.08	.05	-.07	-.14	-.22	-.08	1.00		
HO	.29	-.13	.18	.08	.26	.13	-.40	1.00	
SZF	-.02	.19	-.11	-.01	-.33	-.23	.03	-.05	1.00

BOLAGE 7

Bijlage 7: Gebruikte afkortingen.

ADL	- Activities of Daily Living
AGGZ	- Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg
AGR	- Agressiviteit
APZ	- Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis
BOP	- Beoordelingsschaal voor Oudere Patiënten
BWV	- Beschermende Woonvormen
BZR	- Basale Zelfredzaamheid
DF	- Degrees of Freedom, vrijheidsgraden
DSM	- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ESI	- Externe Sociale Integratie
GGZ	- Geestelijke Gezondheidszorg
GHIGV	- Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid
HA	- Houding tegenover Afdeling/Instelling
HO	- Houding ten aanzien van Ontslag
ICD	- International Classification of Diseases
ISI	- Interne Sociale Integratie
IWBW	- Interdepartementale Werkgroep Beschermende Woonvormen
LOP	- Lang Opgenomen Patiënt
LOP-C	- Lang Opgenomen Patiënt (2-5 jaar)-Continu
LOP-DC	- Lang Opgenomen Patiënt - Dyscontinu
NCGV	- Nationaal Centrum voor de Geestelijke Volksgezondheid
NZI	- Nationaal Ziekenhuis Instituut
PAAZ	- Psychiatrische Afdeling van Algemeen Ziekenhuis
PC	- Psychiatrisch Centrum
PDB	- Psychiatrische Dagbehandeling
PIGG	- Patiëntenregistratie Intramurale Geestelijke Gezondheidszorg
PMS	- Psycho-Medisch Streekcentrum
PSV	- Potentiële Sociale Vaardigheden
RIAGG	- Regionaal Instituut voor de Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg
RIBW	- Regionale Instelling voor Beschermende Woonvormen
RM	- Rechterlijke Machtiging
SE	- Standard Error, standaardfout
SUI	- Suïcidaliteit
TSMD	- Tijdelijke Subsidiemaatregel Maatschappelijke Dienstverlening
VOL	- Vragenlijst Onderzoek Long-stay
WSW	- Wet Sociale Werkvoorziening
ZLOP	- Zeer Lang Opgenomen Patiënt (> 5 jaar)

SUMMARY

Summary

design and sampling

About 55% of the patients in the 43 Dutch mental hospitals remain there continuously for more than two years. With 10850 patients they still outnumbered, at the end of 1984, the short-stay and medium-stay patients in these institutions. Their chance of discharge and alternative care is small without a significant change towards more rehabilitative attitudes and programs, inside as well as outside the mental hospitals.

In this thesis an attempt is made to study one of the essential questions in this respect: what are the main reasons for staff-members of mental hospitals to consider long-stay patients as eligible or not for discharge and alternative care?

Long-stay patients were defined in this study as:

- patients who were hospitalized continuously in a mental hospital for a period of two years or longer;
- patients who were admitted twice or more in mental hospitals or psychiatric wards of general hospitals in the last five years and who were inpatients for a cumulative period of three years or longer.

Senile patients and profoundly mentally retarded patients were excluded from this study.

First of all it was necessary to assess which psychiatric inpatients could be considered eligible for discharge and alternative care. Given this objective the attending psychiatrists or psychologists and nurses were requested to judge independently on the feasibility of discharge.

Only if both staff-members agreed that the patient could be discharged to independent living or to apartments shared with other patients, day-treatment or sheltered homes, the patient was defined and counted as a potential discharge. A "yes" of one of the raters had to correspond with at least a "perhaps" of the other rater. With this approach it was possible to identify in mental hospitals a potential discharge- and alternative care-group of longstay patients.

In addition, residents of sheltered homes and patients in day-treatment, all previously longstay inpatients, were included in this study as a reference-group.

This design offered the opportunity to determine the clinical significance of certain factors for assessment and decision-making in three different way's:

- 1 - By comparing longstay patients in mental hospitals who are and who are not eligible for discharge according to the attending psychiatrists and nurses;
- 2 - By comparing longstay hospital patients and daycare patients with longstay inpatient careers;
- 3 - By comparing longstay hospital patients and residents of sheltered homes with longstay inpatient careers.

Specifically, a number of patient-characteristics was tested in their relation with the established assessment for discharge. Some questions concerning factors related to characteristics of the ward and family were studied as well.

These patient-characteristics were: sex, age, marital state, psychiatric diagnosis, suicidal behaviour, agressiveness, physical handicaps concerning seeing, speaking, hearing and walking, problems with activities of daily life (basic personal skills), social skills, internal and external social integration, and the attitudes of patients towards discharge and their ward.

As ward-variables were counted: length of inpatient stay, perceptions and motivation of the staff with regard to discharge, and length of stay of fellow-patients.

The family-variables were restricted to: the number of living familymembers and their attitude with regard to a possible discharge of the patient as observed by the attending psychiatrist.

The information related to the above-mentioned variables was collected by means of standardized questionnaires in mental hospitals, as well as in daycare centers and sheltered homes. Three questionnaires had to be completed for each patient by the attending psychiatrist (psychologist), nurse and patient. For the

patient this was done by means of an interview. The questionnaire for the patient consisted of 10 items measuring discharge-attitudes and of 15 items with regard to the perception of the ward or institution. The patients were interviewed by ten experienced psychiatric nurses, members of the research-team. The interviews took place in separate rooms.

The patients were selected by a procedure of two-stage random sampling. Five mental hospitals, 16 daycare centers and 21 sheltered homes did participate in this study at the end of the first stage. The second stage consisted of selection, at random, of 808 patients in these institutions. The data concerning the selected patients were collected in the period of May, 1984 till August, 1985.

For 381 patients (75%) in mental hospitals both questionnaires of the staff were returned. The patient-interviews were completed for 60% of the hospital sample. For longstay patients who were dyscontinuously admitted a low response only was achieved with regard to the interview.

The response to the questionnaires for patients in daycare and sheltered homes was satisfactory: all information was received for three-quarter (76%) of these patients.

results

During a long residence in mental hospitals the prospect of alternative care did not vanish for a number of patients. The attending psychiatrists and nurses agreed for 30 percent of the 381 longstay patients in the study that these persons could just as well live, more independently, in less sheltered conditions. The assessed need for alternative mental health care varied much within this group of 116 patients.

About 7 percent of the total study population was assigned to independent lodging or to living together with other patients in apartments or houses. Most of these patients were recommended for support by outreaching mental health care.

Another 2 percent were considered eligible for discharge to a psychiatric daycenter or psychiatric hostel.

Most patients, finally, were indicated for residence in sheltered homes: 12 percent in facilities outside of the grounds of mental hospitals, and 10 percent in small residential facilities within the border of the mental hospital site.

Much attention was given in this study to the skills of longstay patients. We distinguished by concept and factoranalysis four types of skills: basic personal skills (14 items), social skills (4 items), internal (6 items) and external social integration (20 items). These four scales were mutually dependent as indicated by linear correlation.

In the scale measuring basic personal skills items were included re dressing, walking, continence, sense of direction and linguistic competence. About 15 percent of all the longstay patients were seriously handicapped in their basic personal skills. These patients were very rarely considered eligible for alternative care.

The availability of basic personal skills turned out to be a necessary, but not an exclusive condition for the assignment of patients to alternative care. For living a more independent life social skills like verbal communication in daily life-interactions, handling money, using the telephone and public transportation, shopping and preparing simple meals are at least as important. About half (47%) of the study-population had serious difficulties with such social skills. Out of the patients with good social skills, however, 57 percent were considered eligible for discharge to alternative care.

The concepts internal and external social integration refer to:

- (a) the level of cooperative behaviour and social adaptation within the institution, and
- (b) the frequency and intensity of contacts with persons outside the hospital.

These two types of social integration were strongly correlated ($r=.66$). But there were still differences between internally and externally well-integrated patients. The group of externally

well-integrated patients consisted significantly more of men, were younger, had a shorter inpatientstay, and had better basic personal and social skills.

A good score on each skill-index contributed to a more positive judgement about discharge to alternative care. Patients with just as good basic personal skills had a smaller chance for discharge than patients who had not only good basic personal skills but also good social skills. The patients, finally, with an optimal skillspattern had with 64 percent a good chance of being indicated for alternative care. One patient out of seven had such an optimal skillspattern.

Suicidal behaviour was a very uncommon phenomenon in the group of longstay patients, and the results of the study did not confirm a negative relation between suicidal behaviour and discharge-eligibility. Patients with aggressive behaviour, on the other hand, were indicated much less for alternative care.

The judgement on potential discharge by staff-members was heavily influenced by the age of patients. Elderly patients had a significantly smaller chance of being indicated for alternative care than younger patients even if they did not differ with regard to skills, diagnosis, aggressive or suicidal behaviour and length of inpatientstay. The elderly schizophrenic patients in particular, had a very small chance to become eligible for alternative care.

Group I (elderly schizophrenic patients): about 15 percent of the longstay patients were 65 years or older and had a diagnosis of schizophrenia. Half of these patients had major deficiencies in basic personal skills, and almost everybody (95%) had serious problems with their social skills. Most of the patients were moderately or scarcely integrated in the social life of the institution (89%) or in the community outside of the mental hospital (81%). Only 6 percent of these patients were considered candidates for alternative care.

Group II (elderly non-schizophrenic patients): just as many patients in the sample (15%) were elderly but were not diagnosed as schizophrenic. Although they were comparable by age with the patients of Group I, they differed substantially with regard to skills. Group II-patients were significantly less handicapped in their basic personal and social skills, and showed a better participation in community life, inside and outside the hospital. About 20% of these patients were considered eligible for discharge to alternative care.

Group III (schizophrenic patients under 65 years of age): about 36 percent of the longstay patients were younger schizophrenic patients. Most of them (80%) had no deficiencies in their basic personal skills, and for half of the patients the social skills were not limited. In comparison with the elderly patients of Group II they had more restraints (29%) in participating socially within the hospital. The younger schizophrenic patients were, on the other hand, better integrated in social activities outside the mental hospital (58%). About 30 percent of these patients were eligible for alternative care according to the judgement of the psychiatrist and nurse.

Group IV (non-schizophrenic patients under 65 years of age): about 34 percent of the longstay patients belonged to this group. The non-schizophrenic patients under 65 years of age contrasted sharply with the above mentioned groups of patients with regard to new prospects for care. Almost half of the patients (49%) were indicated by their staff for transfer to an alternative care-setting. Most of these patients were not handicapped in their basic personal skills, and more than half of them had good social skills. They were also better integrated in the social life of the mental hospital than the younger schizophrenic patients. Almost twothird of the patients still had regular contacts with persons who lived outside mental hospitals.

The longstay patients themselves were interviewed in the study about attitudes towards possible discharge and their perception of the social climate of the ward. It was found that 38 percent of the patients had positive attitudes towards discharge. Just as many patients (36%) had ambivalent feelings, whereas 26 percent of the patients were unfavourably disposed towards discharge. Especially the hospital-residents with an inpatientstay of ten years or longer were strongly attached to the present situation and did not show any inclination towards discharge. This result was consistent for different groups of patients according to sex, age, marital state, psychiatric diagnosis, physical handicaps, skills and level of social integration.

The results of this study indicate that length of stay is not only a sign of the seriousness and chronicity of psychiatric illness, but also reveals in many cases, the preference of patients to remain in hospital.

Most of the longstay patients (76%) in our sample were residents of wards and units with a limited turn-over of patients. The other patients (24%) of our sample lived in units together with more recently admitted patients. In these units more than 30 percent of the fellow-patients had a hospital-stay of less than one year.

The patients who were living in the last mentioned type of unit had a far better chance (53%) of being considered eligible for discharge. This relation was less strong after controlling for potential confounders as age, length of stay and social skills, but was still noticeable. A possible explanation for this phenomenon is that the staff of units with more discharges have more experience and better contacts with aftercare services of the hospital, sheltered homes, psychiatric daycare facilities and the regional institutes for ambulatory mental health care.

CURRICULUM VITAE

Meindert Jan Haveman werd op 15 juni 1949 geboren te Muntendam(Gr.). In verband met de benoeming van zijn vader als predikant in West-Berlijn verhuisde hij in 1956. In 1971 behaalde hij in West-Berlijn het staatsexamen gymnasium, waarna hij aan de Rijks-universiteit Groningen sociologie ging studeren. Na het verkrijgen in 1976 van het doctoraalexamen in de medische sociologie, met als bijvakken klinische psychologie en sociale psychiatrie, werkte hij van 1976 tot en met 1981 als wetenschappelijk medewerker bij de afdeling Onderzoek van de Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid. Met ingang van het jaar 1982 is hij als universitair docent verbonden aan de vakgroep Epidemiologie/Gezondheidszorgonderzoek.